

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Tereza Přibyllová

Psychoterapie u dospívajících s depresivní poruchou

**Psychotherapy in adolescent population with
depressive disorder**

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Kataríně Lonekové, Ph.D., vedoucí mé práce, za souvislou podporu a cenné rady při psaní bakalářské práce. Zároveň bych chtěla poděkovat Martinovi N. za odborné rady při psaní návrhu výzkumného projektu. A za kompletní podporu děkuji svému příteli a kamarádce Julii G.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

.....

Tereza Příbylová

Abstrakt

Předkládaná bakalářská práce se zabývá popisem depresivní poruchy u dospívajících se zaměřením na odpovídající léčbu. Literárně přehledová část postupně seznamuje s depresivní poruchou u dospívajících, jejími příčinami, projevy, diagnostikou, důsledky a léčbou, ve které je kladen důraz na psychoterapeutické směry KBT a IPT-A. Spolu s nimi seznamuje s novými přístupy v léčbě, které jsou od KBT odvozeny. Empirická část plynule navazuje na téma léčby depresivní poruchy u dospívajících. Zabývá se mapováním účinnosti KBT a IPT-A z hlediska obecné účinnosti a účinnosti na jednotlivé subškály, kterými se použitý dotazník CDI vymezuje.

Klíčová slova

Dospívání, deprese, KBT, IPT-A

Abstract

This bachelor thesis deals with depressive disorder in adolescents focusing on the corresponding treatment. The literature review gradually introduces depressive disorder in adolescents, its causes, manifestations, diagnostics, consequences and treatment, in which the emphasis is on the psychotherapeutic approaches KBT and IPT-A. Along with them it introduces new approaches to treatment derived from KBT. The empirical part is a continuation of the topic of treatment of depressive disorder in adolescents. It deals with mapping the effectiveness of KBT and IPT-A in terms of general effectiveness and its effects on the individual subscales, which are defined in the CDI questionnaire.

Keywords

Adolescence, depression, CBT, IPT-A

Obsah

Úvod	8
Literárně přehledová část	9
1. Vymezení pojmů	9
1.1. Dospívání z pohledu věkového vymezení a dalších specifík	9
1.2. Depresivní porucha u dospívajících	10
1.1.1. Depresivní porucha dle MKN-10	10
2. Příčiny depresivní poruchy u dospívajících	12
2.1. Biologické příčiny	12
2.2. Psychosociální příčiny	12
2.3. Rizikové faktory	13
3. Specifika projevu.....	15
4. Specifika diagnostiky	16
5. Důsledky depresivní poruchy u dospívajících	17
6. Specifika léčby	18
6.1. Farmakoterapie	18
6.2. Psychoedukace.....	19
6.3. Psychoterapie u depresivní poruchy u dospívajících.....	19
6.3.1. Kognitivně behaviorální terapie.....	20
6.3.2. Interpersonální psychoterapie	27
Návrh výzkumného projektu	30
7. Návrh výzkumu	30
7.1. Výzkumný cíl	30
7.1.1. Výzkumné otázky	31
7.2. Design výzkumného projektu	31
7.3. Výzkumný soubor.....	31
7.4. Metody.....	32
7.4.1. Sebeposuzovací škála dětské depresivity (CDI).....	32

7.4.2. Dotazník demografických údajů	33
7.5. Realizace a průběh.....	33
7.6. Analýza dat	35
7.7. Etika výzkumného projektu.....	36
7.8. Limity výzkumného designu (Diskuse).....	36
Závěr.....	39
Seznam zkratek.....	40
Seznam použité literatury	41
Příloha I.	I

Úvod

Depresivní porucha je velmi častým psychickým problémem, se kterým se setkáváme ve všech vývojových obdobích. Nevyhýbá se nikomu od dětí po seniory. Depresivní porucha narušuje a omezuje různé oblasti v životě každého jedince, který se s depresivní poruchou potýká. Depresivní porucha je v dospělosti známá už velmi dlouho (Moreh & O'Lawrence, 2016). O tom, že existuje i v období dětství a dospívání se dlouho vůbec neuvažovalo. Až v 80. letech 20. století se pohled na tuto problematiku ustálil a od té doby se depresivní porucha akceptuje i v dětství a dospívání (Goetz, 2005). Vzhledem k tomu, že je lidská schránka, především ta psychická, u dětí a dospívajících velmi křehká, zaslouží si stejnou péči jako u dospělých. Oproti zahraničí je v České republice málo výzkumně probádaná. V rámci bakalářské práce si kladu za cíl popsat depresivní poruchu ve vývojovém období dospívání se zaměřením na psychoterapii. Návrhem výzkumného projektu chci umožnit prověření dvou psychoterapeutických metod, které jsou zahraničními výzkumy považovány za účinné v léčbě depresivní poruchy u dospívajících.

Práce je rozdělena do 7 kapitol. První kapitola se věnuje vymezení pojmů, které v rámci práce používám, vymezuje období dospívání spolu s vývojovými charakteristikami a dále určuje z jaké pohledu nahlížím na depresivní poruchu. Druhá kapitola se věnuje příčinám depresivní poruchy u dospívajících z biologického a psychosociálního hlediska. Třetí kapitola se věnuje projevům, čtvrtá kapitola diagnostice, pátá kapitola důsledkům depresivní poruchy u dospívajících. Šestá kapitola je obsáhlejší a věnuje se léčbě depresivní poruchy. Popisována je farmakoterapie, psychoedukace a psychoterapie, která je rozšířena o nové směry v rámci jednotlivých psychoterapeutických směrů. Na tuto kapitolu plynule navazuje návrh výzkumného projektu, který se bude ve dvou výzkumných otázkách zabývat KBT v porovnání s IPT-A pro dospívající s depresivní poruchou na území České republiky.

Literatura využívaná k práci je z velké části zahraniční. Jedná se o knihy, zahraniční studie a řadu metaanalýz. Z tuzemských zdrojů je čerpáno především kvůli obecným informacím typickým pro Českou republiku, například vymezení období dospívání dle vývojové psychologie českých autorů. Práce je citována dle normy APA 7. vydání (2019).

Literárně přehledová část

1. Vymezení pojmů

Pro účely této bakalářské práce považuji za nezbytné vymezit jednotlivé pojmy tak, jak k nim nahlížím, neboť výkladů můžeme v tuzemské i zahraniční literatuře najít více.

1.1. Dospívání z pohledu věkového vymezení a dalších specifik

Cílovou skupinou bakalářské práce jsou dospívající. Z vývojového hlediska lze dospívání rozdělit dle Langmaiera a Krejčířové (2006) do dvou fází:

- a) Fáze prepuberty
 - a. Fáze prepuberty
 - b. Fáze vlastní puberty (druhá pubertální fáze)
- b) Fáze adolescence

Fáze prepuberty je vymezena věkem 11-15 let, fáze adolescence je vymezena věkem 15–22 let. Období dospívání je z vývojového hlediska obdobím mnoha zásadních sociálních změn (změna školy ze základní na střední, první vážnější vztahy, změny z hlediska vnímání vlastního já, změna pozice z dítěte v dospělého) a zároveň i změn biologických (sekundární pohlavní znaky, změny v mozkové aktivitě, které mohou mít za následek emoční nestabilitu a zhoršenou pozornost) (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Světová zdravotnická organizace na svých stránkách v sekci o duševním zdraví dospívajících vymezuje období dospívání souhrnně věkem 10-19 let. Toto období je charakterizováno řadou fyzických, emocionálních a sociálních změn. Tyto změny mohou vést u dospívajících k problémům týkajícím se duševního zdraví (*WHO*, 2019). Období dospívání je klíčovým obdobím pro rozvoj a udržování sociálních a emocionálních návyků důležitých pro duševní pohodu. Především se jedná o přijetí zdravých spánkových vzorců, rozvoj dovedností z oblasti zvládání a řešení problémů v mezilidských vztazích a porozumění a řízení vlastních emocí. V tomto období je velmi důležitá role rodiny, která by v ideální případě měla sloužit jako podpůrné prostředí. Dále je důležitá škola a širší okolí, které kolem sebe dospívající má (Kessler et al., 2007).

V rámci své bakalářské práce používám pro osoby termín dospívající. Pokud konkrétně popisuji vývojové období, používám termín dospívání. U obou termínů vycházím z vývojové

psychologie autorů Langmaiera et. al (2006). V souvislosti s léčbou používám termín pacient, v souvislosti s výzkumy respondent.

1.2. Depresivní porucha u dospívajících

Nejprve je potřeba zmínit, že propojení depresivní poruchy a dětského věku/ období dospívání není příliš stará záležitost. Historicky se totiž deprese diagnostikovaly pouze u dospělých (Moreh & O'Lawrence, 2016). V literatuře se s ní setkáváme až na přelomu 80. let 20. století (Goetz, 2005). Zahraniční výzkumy, ze kterých ve své bakalářské práci vycházím nejčastěji zkoumají dospívající s primární diagnózou Major Depressive Disorder (dále jen MDD), protože vychází z DSM-IV či DSM-V (Mullen, 2018; Posner et al., 2007; Vitiello, 2010). V české literatuře se setkáváme s označením depresivní epizoda nebo periodická depresivní porucha. Depresivní epizoda se člení na lehkou, středně těžkou a těžkou (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Česká literatura při popisu duševních poruch vychází z mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN, aktuálně ještě MKN-10, brzy MKN-11). Prevalence depresivní poruchy se v období dospívání pohybuje mezi 3–8 % (Abela & Hankin, 2008) a je jeden a půl až třikrát častější u dívek než chlapců (Bernaras et al., 2019).

Období dospívání se vyznačuje řadou změn v bio-psycho-sociální oblasti, což samo o sobě znesnadňuje diagnostiku depresivní poruchy u dospívajících, neboť mnoho ze symptomů (např. emoční nestabilita, časté změny nálad, převažující negativita) je v jisté míře běžným projevem období dospívání. Zároveň v období dospívání probíhá biologické zrání a jsou obvyklé hormonální změny, které mohou ovlivnit i psychiku dospívajícího (Langmeier & Krejčířová, 2006).

1.1.1. Depresivní porucha dle MKN-10

V diagnostických manuálech bohužel nejsou přesně stanovená diagnostická kritéria pro jednotlivé věkové kategorie (Blom et al., 2014). Pro popis a rozdělení depresivní poruchy využiji obecnou charakteristiku, kterou uvádí MKN-10. MKN je určena pro Evropu, a proto z ní budu v rámci bakalářské práce vycházet.

Pro účely této bakalářské práce se jedná konkrétně o **F32 – Depresivní fáze**, která je definována:

„Nemocný má zhoršenou náladu, sníženou energii a aktivitu. Je narušen smysl pro zábavu, osobní zájmy a schopnost koncentrace. Po minimální námaze se objevuje únava. Je narušen spánek a je zhoršená chuť k jídlu. Sebehodnocení a sebedůvěra jsou zhoršeny, pocity viny a beznaděje jsou přítomny i u lehkých případů. Zhoršená nálada se v časovém průběhu příliš

nemění, nereaguje na okolní změny. Může být provázena tzv. „somatickými“ symptomy, jako ztráta zájmů a pocitů uspokojení. Ranní probouzení je o několik hodin dříve před obvyklou hodinou. Deprese se horší nejvíce ráno. Je zřetelná psychomotorická retardace a agitovanost. Je ztráta chuti k jídlu, hubnutí a ztráta libida. Podle počtu a tíže příznaků je možno fázi hodnotit jako mírnou, střední nebo těžkou“ (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky & Světová zdravotnická organizace, 2017, s. 213-214).

a dělí se na:

„F32.0 – Lehká depresivní fáze

F32.1 – Středně těžká depresivní fáze

F32.2 - Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků

F32.3 - Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky

F32.8 – Jiné depresivní fáze

F32.9 – Depresivní fáze NS“ (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky & Světová zdravotnická organizace, 2017, s. 213-214).

V návrhu výzkumného projektu pracuji pouze s **F32.0 – Lehká depresivní fáze**. Pro porovnání zde zmiňuji i F32.1- Středně těžká depresivní fáze a F32.2 – Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků.

Lehká depresivní fáze (F32.0) se vyznačuje přítomností dvou až tří obecných příznaků, viz. výše. Nemocný v této fázi pocituje nepohodu, nicméně je schopen běžného života.

Středně těžká depresivní fáze (F32.1) se vyznačuje přítomností čtyř a více obecných příznaků, viz. výše. Nemocný v této fázi běžný život zvládá s obtížemi.

Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků (F32.2) se vyznačuje mnoha z výše uvedených příznaků, nemocný je příznaky velmi negativně ovlivněn, vyskytuje se ztráta sebehodnocení, beznaděj, vina. V této fázi se často setkáváme se sebevražednými myšlenkami i pokusy. K častým projevům u této fáze patří i „somatické“ symptomy, jako je ztráta zájmů a pocitů uspokojení“ (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky & Světová zdravotnická organizace, 2017).

2. Příčiny depresivní poruchy u dospívajících

Etiologie depresivního onemocnění vychází z bio-psycho-sociálního modelu (Singh & Reece, 2014). Není tedy možné určit jednu konkrétní příčinu a setkáváme se s řadou teorií, které nahlíží na vznik deprese různým způsobem. Příčiny lze rozdělit na biologické, psychologické a sociální (Bernaras et al., 2019).

2.1. Biologické příčiny

Obecně lze konstatovat, že častý výskyt psychiatrických poruch v období dospívání je způsobený také zráním mozkové tkáně, serotonergních a noradrenergických systémů. Na emoční regulaci a odolnost vůči stresu, které jsou s depresivními symptomy v úzkém spojení, má dopad i vývoj hormonální soustavy (Blom et al., 2014). Mezi nejčastější biologické příčiny řadíme také deficit noradrenalinu, problémy s endokrinní soustavou, poruchy spánku, problémy s neurotransmitery a genetickou zátěž (Bernaras et al., 2019). Vliv na vznik depresivní poruchy u dospívajících může mít výskyt psychiatrické diagnózy u rodičů (Goodyer et al., 2000). Z hlediska četnosti se uvádí 3–4krát častější výskyt poruch nálad při výskytu u rodičů. (Garber, 2006) Významná spojitost pro vznik depresivní poruchy v období dospívání se uvádí u výskytu depresivní poruchy u matky (Bragado & Bersabé, 1999).

2.2. Psychosociální příčiny

John Bowlby (1973) předpokládá, že existuje souvislost mezi vznikem depresivní poruchy a zkušenostmi z raného dětství, ve kterých došlo k selhání potřeby bezpečí, péče a životního komfortu dítěte.

V rámci psychologických teorií příčin se setkáváme i s behaviorálními a kognitivními modely, kterými jsou deprese a její vznik vysvětlovány. Dále také model sebekontroly, interpersonální teorie, sociokulturní modely a výskyt stresových životních událostí (Bernaras et al., 2019).

Aaron T. Beck (1967) vytvořil kognitivní model deprese, kam spadá tzv. negativní kognitivní triáda, kterou Beck definuje jako negativní pohled na sebe, svět a budoucnost. Beck předpokládá, že negativní kognitivní triáda je dostatečným důvodem pro vznik depresivní poruchy, protože je zodpovědná za řadu příznaků deprese, např. deficit nálad, motivace, behaviorálních a fyziologických funkcí.

Mezi behaviorální modely lze zařadit Lewinsohnovu teorii, ve které Lewinsohn popisuje depresi jako důsledek nízké míry pozitivního zpevnění (RCPR – A low rate of

response-contingent positive reinforcement). Ve své teorii zdůraznil některé z událostí, které na RCPR mají vliv, a to např. rozvod, ztrátu zaměstnání či chybějící sociální dovednosti. Vše popsané způsobuje, že jedinec čelí RCPR. Jeho teorie se zaměřila na úpravu neefektivního chování, které se při depresi vyskytuje (Lewinsohn, 1974).

Analytická neboli ruminační teorie vytvořená Andrewsem a Thomsonem, se zabývá depresí, jakožto evoluční odpovědí na stres, který spouští komplexní problém, který lze těžko analyzovat. Tato teorie se opírá o čtyři tvrzení:

1. Komplexní a složité problémy spouští depresivní náladu.
2. Deprese koordinuje změny tělesného systému, které podporují trvalou analýzu spouštěcího problému.
3. Depresivní ruminace často pomáhají lidem vyřešit jejich spouštěcí problémy, které mají na svědomí vznik depresivní epizody.
4. Deprese snižuje přesnost v laboratorních testech z důvodu, že ruminace omezují zpracování informací (Andrews & Thomson, 2009).

2.3. Rizikové faktory

Vliv na vznik depresivní poruchy byl prokázán například u společností vyžadovaného perfekcionismu, kdy je na jedince vyvíjen okolím tlak, který může také vést ke vzniku depresivní poruchy (Huggins et al., 2008).

V této oblasti je za rizikové považováno negativní hodnocení sociálního prostředí, dále nízké sebevědomí a copingové strategie postavené na ruminacích (Hammen, 1992; Nolen-Hoeksema, 1991).

Udává se i vliv negativních stresových událostí v životě dospívajícího na vznik depresivní poruchy (Low et al., 2012). Přičemž za stresové události jsou považovány situace, které mají negativní vliv na život dospívajícího (Cisler et al., 2012). Z hlediska rozdílu v pohlaví, jsou vůči stresu či obecně obavám náchylnější dívky oproti chlapcům. Nejčastěji se jedná o stresové události vzniklé v mezilidských vztazích, například rozchody s partnery/partnerkami, rozpad rodiny. Stres může vzniknout i z okolností týkajících se člověka samotného, například jeho zdraví, váha či školní úspěšnost, které mu dělají starosti (Low et al., 2012). Uvádí se, že i rodinné prostředí, ve kterém dospívající žije, má významnou roli na vývoj depresivní poruchy. Přítomnost rodičovských hádek v rodině, případně emocionálního rozladění mezi rodiči a dětmi jsou další z rizikových faktorů pro vznik depresivní poruchy (Hyunh-Nhu Le & Boyd, 2006).

Bragado a Bersabé (1999) uvádí spojitost alkoholismu v rodině se vznikem depresivní poruchy u dospívajících.

Hosák (2016) uvádí jako rizikový faktor pro vznik depresivní poruchy ztrátu matky před 11. rokem života. Nicméně tuto informaci jsem v jiných zdrojích nedohledala. V zahraničním zdroji je mezi rizikové faktory pro vznik deprese obecně zařazena smrt rodinného příslušníka či blízkého kamaráda (Birmaher & Brent, 2007).

Rizikovým faktorem pro vznik depresivní poruchy je i sexuální či psychické zneužívání a násilí páchané na dítěti či dospívajícím (Briere & Elliott, 1994; Fergusson & Horwood, 1999; Kaufman, 1991; Kilpatrick et al., 2003)

Rizikovým faktorem pro rozvoj depresivní poruchy v dospívání je i přítomnost fyzického násilí v dětství. (Brown et al., 1999; Duncan et al., 1996; Kaplan et al., 1997)

Z regresní analýzy výzkumu provedeném v Německu na vzorku 988 dospívajících ve věku 12–17 let vyplývá statisticky významná spojitost depresivních symptomů a

- staršího věku
- horšího výkonu ve škole
- nižší sebedůvěry
- nižší spokojenosti se vztahy v rodině
- negativního vnímání těla
- problematického využívání sociálních medií a počítačových her.

K výše uvedeným výsledkům došli přes dotazníky DesTeen, KUSIV3, Body Image Questionary, Social Media Disorder Scale (SMDS), Family Apgar questionnaire (Wartberg et al., 2018).

Eva Malá (2000) obecně uvádí následující rizikové faktory pro vznik depresivní poruchy u dospívajících:

- psychopatologie u rodičů
- rodinné prostředí, ve kterém se vyskytují časté konflikty
- problémy v sociální oblasti a špatné copingové strategie
- nedostatečně vyvinuté či naprosto chybějící přátelské a vrstevnické vztahy.

3. Specifika projevu

Deprese dětí a dospívajících se vyznačuje řadou shodných projevů s depresí dospělých (nízké sebevědomí, absence radosti, únava, myšlenky na smrt atd.). Zároveň má svá specifika, a to především v souvislosti s poruchami chování, somatickými obtížemi a projevy agresivity. Častý je výskyt poruch myšlení a vnímání. Z poruch myšlení bývají zastoupeny bludy, a to především náboženské a paranoidní. Sluchové halucinace se vyskytují spíše u dětských pacientů (Hort, 2008).

V období dospívání je rozpoznání depresivních příznaků obtížné pro okolí i pro dospívajícího samotného. U okolí je to především z důvodu přirozenosti změn nálad a rozmarů chování, které jsou pro období dospívání typické. V období dospívání totiž dochází k řadě kognitivních a fyziologických změn, které mají na výše zmíněné vliv. Mnohdy se právě projevy deprese mohou schovat pod znaky dospívání a zkomplikovat tak samotné rozpoznání nemoci. Pro dospívajícího často bývá problém zorientovat se ve svých vlastních emocích, být schopný popsat, jak se cítí. Zároveň sami dospívající byvají svými emocemi často zaskočeni (Harrington, 2001).

U dospívajících s depresivní poruchou je zároveň významný výskyt sebevražd. Příznakem pozdějšího sebevražedného chování mohou být i známky sebepoškozování (Mullen, 2018). Ve Spojených Státech Amerických je sebevražda druhou nejčastější příčinou smrti u dospívajících. Zároveň se uvádí, že 90 % dospívajících, kteří spáchali sebevraždu, měli psychiatrickou diagnózu, z toho 35 % trpělo depresivní poruchou (Wilkinson et al., 2011). Proto je potřeba odhalit projevy deprese co nejdříve, aby nedošlo k fatálním následkům.

Varovnými signály pro rozpoznání deprese u dospívajících bývá kromě výše zmíněného také sociální izolace, zneužívání návykových látek, a především u dívek se můžeme setkat i s promiskuitním sexuálním chováním. Únik ke zneužívání návykových látek je kompenzací bezmoci a beznaděje, která je u dospívajících velmi častá (Říčan & Krejčířová, 2006). U dospívajících se můžeme setkat i s markantní změnou váhy, ať už se jedná o výrazný úbytek či naopak (Bernaras et al., 2019). V rámci školní docházky si můžeme všimnout zhoršení prospěchu, záškoláctví či přecitlivělosti vůči neúspěchu. Vzhledem ke spojitosti deprese a úzkostí se u dospívajících můžeme setkat i s dlouhodobými obavami z možného neúspěchu právě ve formě úzkostí (Carr-Gregg, 2012).

Na rozdíl od depresivní poruchy v dospělosti se u dospívajících tolik nesetkáváme s ranními pesimy a problémy s časným probouzením. Zároveň i změny psychomotorického

tempa nejsou natolik markantní (Zvolský & Raboch, 2001). Se zvyšujícím se věkem jsou příznaky podobnější depresi u dospělých. V dětském věku jsou příznaky více somatické povahy, což samotné rozpoznání výrazně komplikuje (Mullen, 2018). Odlišně se v období dospělosti a dospívání může projevovat i samotná nálada, která u dospělých bývá převážně depresivního ladění, přičemž u dospívajících se v této formě tolik nevyskytuje, bývá nahrazena spíše podrážděnou náladou (Korczak & Goldstein, 2009).

4. Specifika diagnostiky

Včasné zachycení příznaků deprese a zahájení adekvátní léčby je důležité vždy, nicméně u věkové skupiny dospívajících je zcela zásadní, protože hrozí významné riziko sebevražedného chování (Wasserman et al., 2005). V roce 2016 dle světové zdravotnické organizace zemřelo následkem sebepoškození 62 000 dospívajících na celém světě (WHO, 2019). Depresivní porucha u dětí a dospívajících však patří mezi onemocnění, která jsou často nedostatečně diagnostikována a léčena. Uvádí se, že pouze 50 % z celkového počtu je diagnostikováno před dosažením dospělosti (Birmaher & Brent, 2007). Problém s diagnostikou depresivní poruchy u dospívajících je způsobem i nepřesností jednotlivých symptomů pro poruchu a věkové období. Diagnostické manuály, jako například DSM se věkovým rozdělením nezabývají, což je právě problém především u onemocnění jako je depresivní porucha, kdy jsou příznaky na věku závislé a proměnlivé (Blom et al., 2014). Ani v rámci MKN není diagnóza deprese rozlišena dle věku (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky & Světová zdravotnická organizace, 2017).

Klinický obraz pacienta je postaven na základě komplexního psychologického vyšetření, jehož součástí je i vyšetření somatické (Uhlíková, 2012). U dětí a dospívajících je komplexní vyšetření sestavováno pomocí rozhovoru s rodiči, rozhovoru s pacientem, somatickým vyšetřením a řadou dotazníkových metod (pro dokreslení obrazu lze využít například dotazníky pro zjištění výkonu a chování ve škole). V případě, že by rodiče pacienta nebyli věrohodným zdrojem, lze se obrátit na sociální úřad, pod který pacient spadá (Goetz, 2005). Pro diagnostiku depresivní poruchy se i u dospívajících používá řada dotazníkových metod mapujících výskyt symptomů deprese. Mezi nejznámější a nejvíce užívané patří standardizovaný dotazník Children Depression Inventory (dále CDI) (Rivera et al., 2005).

Dotazník CDI, v českém překladu Sebeuposuzovací škála depresivity u dětí, vznikl v roce 1992. Autorkou je Maria Kovacs. Dotazník je určený pro věkovou skupinu 7–17 let. V základní verzi obsahuje 27 sebe posuzujících otázek, ve zkrácené 10 otázek. Mapuje

především kognitivní aspekty. Zaměřuje se na aktuální stav jedince. CDI byl v roce 1992 vydán jako první standardizovaná metoda. CDI by neměl sloužit jako hlavní diagnostický nástroj (Cvrčková, 2016).

5. Důsledky depresivní poruchy u dospívajících

Ze zahraničního longitudinálního výzkumu vychází vysoká pravděpodobnost relapsu depresivní epizody v dospělosti, pokud byla přítomna v období dospívání (Birmaher et al., 1996; Clayborne et al., 2019). Zároveň se mezi dlouhodobé důsledky řadí problémy v rodinných, partnerských i vrstevnických vztazích. Setkat se můžeme i s problémy v dokončení vzdělání, a v dlouhodobém výhledu i s problémy v pracovní oblasti (Clayborne et al., 2019).

Depresivní porucha může mít později vliv i na zdravotní stav jedince. Setkáváme se se spojitostí mezi depresivní poruchou a kardiovaskulárními poruchami, cévní mozkovou příhodou, osteoporózou a diabetem (Wolkowitz et al., 2011). Pravděpodobnost znovu vypuknutí depresivní epizody do dvou let od první epizody je 40 % a 70 % do pěti let (Hopkins et al., 2018).

Mezi možné důsledky depresivní poruchy v období dospívání se řadí i výskyt úzkostných poruch, dále výskyt závislosti na nikotinu a alkoholu (Fergusson & Woodward, 2002; Kovacs et al., 2003; Lewinsohn et al., 2003). Oproti depresivní poruše v dospělosti se u dospívajících setkáváme s častějším přestupem k bipolární poruše (Birmaher & Brent, 2007). Longitudinální studie na toto téma ukazují, že u 20 % - 40 % dětí a dospívajících s MDD dojde do 5 let k rozvoji bipolární poruchy (Geller et al., 2001; Rao et al., 1995; Strober et al., 1993). Dále je mezi dospělými a dospívajícími rozdíl v době zotavení, kdy u dospívajících je tento proces rychlejší. Zároveň je u dospívajících vyšší riziko znovu propuknutí depresivní epizody oproti dospělosti (Birmaher & Brent, 2007).

Depresivní porucha je velmi rizikovým faktorem pro sebevražedné myšlenky, pokusy (Gould et al., 1998) až dokončenou sebevraždu (Shaffer et al., 1996). Více o spojitosti depresivní poruchy a sebevražedného jednání bylo popsáno v předchozích kapitolách a bude i v kapitole farmakoterapie.

6. Specifika léčby

Léčba deprese je u jednotlivých věkových skupin různá, byť v základu postavená na stejných pilířích. V období dospívání se setkáváme s triádou, do které patří psychoterapie, psychoedukace a farmakoterapie (Goetz, 2005). Věk při nástupu nemoci, větší závažnost, přítomnost komorbidních poruch a deprese v anamnéze rodičů mohou potenciálně ovlivnit dobu do uzdravení (Birmaher et al., 2004; Kaminski & Garber, 2002).

6.1. Farmakoterapie

V dostupné literatuře a výzkumech se v souvislosti s farmakoterapií uvádí především využívání antidepresiv 3. generace, tzv. SSRI neboli léků na bázi zpětného vychytávání serotoninu. Předepisován bývá fluoxetin, který má nejlepší výsledky v redukci depresivních symptomů oproti placebo léčbě. Obecně je užívání antidepresiv u dětí a dospívajících poněkud problém, protože je jen málo z nich, které jsou oficiálně schváleny. Nicméně je evidentní, že je jich třeba, například v souvislosti s vysokým počtem sebevražd ve věku 10-19 let jako důsledkem neléčené depresivní poruchy (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015; Hetrick et al., 2012).

Zde je ale nutno zdůraznit, že užívání antidepresiv pro léčbu depresivní poruchy u dospívajících musí být přísně hlídáno, protože antidepresiva mohou mít na dospívající řadu nepříznivých vedlejších účinků, které je třeba včas podchytit (Brent et al., 2010). Například sebevražedné jednání totiž může být zároveň i jedním z nežádoucích účinků užívání antidepresiv. Je to taky jeden z hlavních důvodů, proč je jejich užívání u dětí a dospívajících sporné a stále pod drobnohledem výzkumníků.

V metaanalýze provedené neziskovou organizací Cochrane bylo na základě 17 studií o celkovém vzorku 3229 osob zjištěno zvýšené riziko (64 %) výskytu sebevražedných následků u pacientů, kterým byla podávána antidepresiva oproti těm, kterým bylo podáváno placebo. Zároveň však bylo na základě 14 studií o celkovém vzorku 2490 osob prokázáno snížení depresivních symptomů při podávání léčebné látky oproti placebo skupině. Je však uvedeno, že rozdíl mezi skupinami s účinnou látkou a placebem byl celkem malý (Hetrick et al., 2012).

Jiná metaanalýza obsahující 24 studií odhalila zvýšené riziko výskytu sebevražedného jednání a tendencí u těch, kteří byli léčeni farmakoterapií (4 %) oproti těm, kterým bylo podáváno placebo (2 %) (Hammad et al., 2006).

Mezi jednu z nejznámějších studií zabývajících se dlouhodobou účinností a bezpečností farmakoterapie spolu s jinými typy léčby patří The Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS). Studie probíhala v USA po dobu 36 týdnů na vzorku 327 pacientů ve věku 12–17 let s primární diagnózou MDD. Porovnávána byla kombinovaná terapie (KBT + farmakoterapie fluoxetinem), pouze farmakoterapie fluoxetinem a pouze KBT. Výsledky byly hodnoceny po 12 týdnech, kdy se prokázala účinnost 73 % u kombinované terapie, 62 % u farmakoterapie a 48 % u KBT, dále po 18 týdnech, kdy se prokázala účinnost 85 % u kombinované terapie, 69 % u farmakoterapie a 65 % u KBT, po 36 týdnech se prokázala účinnost 86 % u kombinované terapie, 81 % u farmakoterapie a 81 % u KBT. Výsledky ukazují významnou závislost na trvání léčby (Posner et al., 2007).

6.2. Psychoedukace

Psychoedukace je forma intervence, která se doplnkově využívá k léčbě různých duševních onemocnění. Probíhá individuálně mezi odborníkem a pacientem (dospívajícím) nebo ve skupině. Využívá se pasivní i aktivní forma. Pasivní forma spočívá především v distribuci edukačních materiálů, článků a videí, které odborník poskytne pacientovi. Aktivní forma vyžaduje spoluúčast pacienta, kterému jsou například zadávány různé domácí úkoly, které musí plnit (Donker et al., 2009).

Psychoedukace v procesu léčby depresivní poruchy u dospívajících spočívá v zapojení dospívajícího i rodinných příslušníků. Společně se zaměřují na porozumění problému a léčebnému procesu, ze kterého obvykle mívají obavy. V rámci psychoedukace se především rodinní příslušníci dozví více informací o depresivní poruše, jaké jsou její symptomy, riziko znovu propuknutí a možné léčebné postupy. Velmi důležitou součástí psychoedukace jsou rady, jak s nemocným dospívajícím komunikovat (Park & Goodyer, 2000).

6.3. Psychoterapie u depresivní poruchy u dospívajících

Je mnoho možností, jak léčit depresivní poruchu v období dospívání. Využívá se například psychodynamická psychoterapie, psychoanalytická psychoterapie, kognitivně behaviorální terapie, rodinná terapie, skupinová terapie a další. Mnoho z těchto léčebných postupů je v klinické praxi široce využíváno, přestože jim chybí dostatečné důkazy o jejich účinnosti u dospívajících (Brunstein-Klomek et al., 2007). Na základě realizovaných výzkumů se mezi nejúčinnější typy psychoterapie v období dospívání řadí kognitivně behaviorální terapie (dále jen KBT) a interpersonální terapie (dále jen IPT-A) (Mufson et al., 2004; Thapar et al., 2012; Weersing et al., 2017), kterými se budu nadále zabývat. Aktuálně však rodiny nemocných

i odborníci prahnou po více důkazech potvrzujících účinnost i dalších terapeutických metod, ze kterých by mohli nemocní těžit (Goodyer & Wilkinson, 2019).

6.3.1. Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie se z dlouhodobého hlediska uvádí v léčbě deprese u dospívajících jako nejúčinnější forma psychoterapie (Compton et al., 2004; Wright et al., 2017). Pokud bychom zvažovali výsledky pouze samotné KBT, nebyla by účinnost natolik vysoká jako je ve spojení s psychofarmakologickou léčbou (Hetrick et al., 2012; Posner et al., 2007).

KBT je pro léčbu deprese využívána i v dospělosti, kde má stanovené schéma, kterým se v terapii řídí. Stejně schéma lze využít i u dospívajících, kteří trpí depresí. Vedení KBT je přesně strukturované, využívá zadávání domácích úloh a plnění jednotlivých cílů v problémových oblastech, které jsou dopředu stanoveny (Bailey, 2001). Oblasti vychází z Beckova kognitivního modelu deprese, který se skládá ze sedmi oblastí:

1. Rané zkušenosti (v orig. Early Experience)
2. Formulování dysfunkčních představ (v orig. Formation of Dysfunctional Core Beliefs)
3. Dysfunkční předpoklady a jejich vývoj (v orig. Development of Dysfunctional Assumptions)
4. Kritická událost (v orig. Critical Incident)
5. Aktivace předpokladu (v orig. Assumptions Activated)
6. Automatické negativní myšlenky (v orig. Negative Automatic Thoughts)
7. Behaviorální, motivační, emoční, kognitivní a somatické symptomy (v orig. Symptoms) (Hawton, 1989).

KBT je krátkodobá intervence, která je časově omezena na dobu trvání obvykle 12 týdnů. V rámci této doby jsou sezení rozdělena do 3 základních oblastí:

- 1.-4. sezení se zabývá otázkami, jak myšlenky ovlivňují náladu
- 5.-8. sezení se zabývá otázkami, jak denní aktivity ovlivňují náladu
- 9.-12. sezení se zabývá otázkami, jak interakce s ostatními ovlivňují náladu

Mezi hlavní cíle KBT patří:

- snížení depresivních pocitů
- zkrácení doby, kdy je dospívající depresivní
- naučení se alternativních způsobů, jak předejít depresi (preventivní opatření)

- zlepšení vlastní kontroly nad sebou samým a vlastním životem (Rosselló & Bernal, 1999).

Hlavním cílem KBT je naučit se prvnímu kroku, kterým je umět identifikovat a následně změnit negativní automatické myšlenky (Weersing et al., 2009). Cíl KBT je postaven na hypotéze, že chování a emoce člověka jsou ovlivňovány více vnímáním události než situací samotnou (A. T. Beck & Rush, 1979; J. S. Beck, 1995).

Orel (2012) uvádí, že úspěšnost KBT je významně ovlivněna motivací a spoluprací klienta. Motivace pro léčbu je především u dospívajících problematická, především proto, že jsou plni ambivalentních pocitů týkajících se jejich vlastního života. Pro zvýšení motivace dospívajícího v průběhu léčby jsou do léčby doplňkově zařazeny motivační pohovory (dále jen MI z angl. Motivational Interviewing) (Brody, 2009). MI poskytují rámec pro posílení nebo úpravu obvyklých způsobů léčby deprese u dospívajících (Arkowitz et al., 2015).

MI se zaměřují na oblasti, které jsou pro pacienta velmi těžké kvůli působení depresivní poruchy, nicméně jsou nutnou součástí léčby. MI řeší:

- **příznaky deprese:** vzhledem k tomu, že deprese je charakterizována ztrátou zájmu nebo potěšení z aktivit, mnoho depresivních klientů může skutečně postrádat motivaci zapojit se do úkolů terapie. Metody MI jsou obecně méně zaměřeny na aktivity než kognitivně-behaviorální metod
- **potenciál zvýšit aktivitu depresivního pacienta:** součástí MI i KBT je plnění úkolů. To ale může na pacienta vyvíjet tlak kvůli možnému pocitu selhání, když se úkol nepodaří splnit. MI se chce tomuto nežádoucímu účinku vyhnout, a proto jsou úkoly v rámci MI brány spíše jako návrhy k procvičení
- **vývoj vztahu:** myšleno vztahu mezi terapeutem a pacientem, který by měl být opravdový, empatický a vřelý.

Burns a Nolen-Hoeksema (1992) ve svém výzkumu poukázali, že tyto faktory mohou poskytovat klientům s depresivní poruchou značné léčebné výhody.

Nové přístupy v kognitivně behaviorální terapii

Computerised cognitive – behavioural therapy

Vzhledem k rozšířenosti deprese v populaci dospívajících bývá na psychoterapii obecně v některých státech dlouhá čekací lhůta. Aby byla účinnost, a především přístupnost pro dospívající co největší, vznikla ve Velké Británii počítačová forma kognitivně behaviorální

terapie (Computerised cognitive – behavioural therapy, dále jen CCBT), která nese název Stressbusters (Wright et al., 2017). CCBT představuje autonomní formu poskytování terapie s potenciálem poskytnout skutečnou alternativu nebo potenciálně preventivní zásah (Wright et al., 2017). Nejedná se sice zatím o ukotvenou formu terapie, její vznik je v počátcích a pro potvrzení počátečních výsledků je potřeba provést řadu replikačních studií. Vývoj CCBT jde podle dosavadních výsledků dobrou cestou. Stressbusters ukazuje pozitivní výsledky v sérii případů, kde 95 % britských dospívajících z výzkumného vzorku splnilo ve výchozím stavu stanovená diagnostická kritéria pro depresi. Po skončení léčby již diagnostická kritéria splňovalo pouze 22 %. Výsledky ukazují, že může jít o potenciálně užitečný způsob léčby. Studie totiž ukazuje na významné snížení symptomů deprese u dospívajících v porovnání s kontrolní skupinou bez léčby. Respondenti ve výzkumu byli bez jakékoli medikace či jiných předchozích způsobů léčby (Abeles et al., 2009).

Nutno zdůraznit, že pilotní výzkum této formy terapie probíhal u respondentů s méně závažnou formou deprese (Stasiak et al., 2016). Cílovou skupinou pro využití CCBT byli pacienti v počáteční fázi nemoci (Abeles et al., 2009).

Někteří pacienti odmítají přistoupit na léčbu v odborných pracovištích pro duševní zdraví z důvodu stále přetrvávajícího stigma z duševního onemocnění (Gega et al., 2004; Janoušková et al., 2016).

Právě CCBT by mohla pomoci redukovat tuto bariéru a být tak přístupnější i pro ty, kteří se na kontakt tváří v tvář necítí (Stasiak et al., 2016).

Stressbusters je tedy CCBT program, který se skládá z osmi fází, kdy každá z fází trvá 30-45 minut. Cílovou skupinou jsou dospívající ve věku 12–18 let (Wood et al., 2009). Každá fáze se skládá z interaktivních prezentací zahrnujících videa, grafy a další informace. Jednotlivé fáze na sebe přímo navazují, a proto se v každé následující fázi staví na znalostech z fáze předcházející. Součástí této metody jsou i domácí úkoly, které mají být splňovány mezi jednotlivými fázemi. Jedná se například o deníkovou formu zaznamenávání nálady. Video využitá v CCBT ukazují dospívající potýkající se s podobnými problémy, které řeší právě přes CCBT. Jednotlivé fáze jsou:

1. Seznámení se s programem a nastavení cílů (v orig. Introduction to the Program and Goal Setting)

2. Aktivace (v orig. Getting activated)

3. Rozpoznání emocí (v orig. Emotional Recognition)
4. Poznamenávání myšlenek (v orig. Noticing Thoughts)
5. Práce s myšlenkami (v orig. Thought Challenging)
6. Řešení problému (v orig. Problem Solving)
7. Zlepšování sociálních dovedností (v orig. Improving Social Skills)
8. Prevence relapsu (v orig. Relapse Prevention) (Wright et al., 2017).

Mindfulness-based cognitive therapy

Mindfulness-based cognitive therapy (dále jen MBCT) si dovoluji používat v originálním anglickém znění. V českém překladu je MBCT vedeno pod názvem „kognitivní terapie založená na všímavosti“ (Williams et al., 2018, s. 3). MBCT popsal Zindel Segal, J. Mark G. Williams a John Teasdale v roce 2002, kdy společně vydali svou první knižní publikaci na toto téma (Segal et al., 2002).

MBCT je psychologický přístup pro osoby zatížené zvýšeným rizikem relapsu depresivní poruchy. MBCT si klade za cíl naučit nemocné, jak zůstat z dlouhodobého hlediska v dobré psychické kondici (Williams & Kuyken, 2012). Záměrem autorů knižní publikace bylo využít psychologické porozumění relapsům depresivní poruchy k vytvoření cíleného přístupu k prevenci relapsů u lidí s rekurentní depresivní poruchou.

Teoretickým odůvodněním MBCT jsou projevy, se kterými se setkáváme při depresivní epizodě. Jedná se o zhoršenou náladu spojenou s negativním myšlením, ostatními bolestivými emocemi a nepříjemnými tělesnými pocity, které by s odezněním depresivní epizody měly být na ústupu. Nicméně jsou zde důkazy, které ukazují, že lidé po zotavení z depresivní epizody zůstávají zranitelní a jejich nálada oproti očekávání se příliš nelepší, čímž ani negativní myšlenky, ani zhoršené sebevědomí není na ústupu. Vzhledem k popsání se nemocnému vše jeví jako zbytečné a znovu se prohlubují negativní myšlenky, které spouštějí začarovaný kruh.

Souhrnně zde lze popsat:

- a) Jak jednoduché je spojení negativních myšlenek a pocitů pro aktivaci zranitelnosti, relapsů až rekurentní depresivní epizody.
- b) Psychologická intervence může snížit tuto všímavost.

- c) Omezení kognitivní všímavosti je spojeno se sníženým rizikem depresivního relapsu (Segal et al., 2002).

MBCT je postaven na programu snížení stresu. S tímto programem přišlo lékařské centrum univerzity v Massachusetts. Autorem je Jon Kabat-Zinn. Cílem bylo pomoci lidem s chronickými fyzickými bolestmi a onemocněními. MBCT zahrnuje meditační techniky, které mají pomoci si více uvědomit zkušenosti z přítomného momentu. To se má stát díky zlepšování schopnosti vnímat změny, které se dějí z minuty na minutu a reflektovat, jak ovlivňují naši mysl a tělo. Účastníci MBCT se učí praktiky mindfulness meditace v průběhu osmitýdenního kurzu, ve kterém jsou součástí denní mindfulness cvičení, podpořená audionahrávkou. MBCT zároveň obsahuje základní edukaci týkající se deprese a řadu cvičení odvozených z kognitivní terapie, která poukazují na spojitost mezi myšlením a cítěním. Dále ukazuje účastníkům, jak pečovat o sebe samé, především, když je jejich nálada na ústupu. Oproti kognitivní terapii se mindfulness přístup nesnaží změnit obsah negativního myšlení. Spíše podněcuje účastníky ke změně vztahu k myšlenkám, pocitům a pocitům těla, aby měli příležitost zjistit, že se jedná o prchavé události v mysli a těle, s nimiž se mohou rozhodnout ztotožnit nebo také ne (Kabat-Zinn, 1990).

Účinnost MBCT u dospělých byla zjištěna například ze šesti randomizovaných kontrolních studií, které měly výzkumný soubor dohromady celkem 593 osob. Bylo zjištěno, že aplikování MBCT bylo spojeno se 44% úpadkem v relapsech deprese oproti běžné péči o pacienty s třemi až čtyřmi epizodami deprese, zároveň byla účinnost porovnávána s antidepresivy. Účinnost MBCT byla srovnatelná s účinností u pacientů, kteří jsou na udržovací dávce antidepresiv (Piet & Hougaard, 2011). Výzkum účinnosti MBCT, který provedli sami autoři MBCT, ukázal snížení rizika relapsu v polovině případů u pacientů, kteří měli tři a více epizod deprese (Teasdale et al., 2000).

Za vznikem MBCT pro věkovou skupinu dospívajících stojí řada důvodů. Např. okamžitá nutnost snížit distress, zajistit, a hlavně udržet zotavení u dospívajících, omezit negativní důsledky ve vzdělávání a sociálním fungování, a především chránit duševní zdraví dospívajících. MBCT je na schopnostech postavená intervence, která poskytuje účastníkům udržitelné nástroje pro zvládnutí stresu a špatné nálady. Je určena pro podskupinu mladých lidí s depresí a úzkostí, kteří jen částečně nebo krátce reagují na v současné době dostupné intervence. Zároveň MBCT cílí na ty, u kterých jsou časté relapsy (Costello & Maughan, 2015; Goodyer & Wilkinson, 2019).

MBCT u dospívajících je ve fázi, kdy byla prokázána její proveditelnost a účinnost. Nicméně problémem je, že studie s výše uvedenými výsledky na toto téma byly provedeny na velmi malém výzkumném vzorku (Ames et al., 2014; Racey et al., 2018; Raj et al., 2019). MBCT je u dospívajících i dospělých zaměřena na snížení ruminací, které mají silné negativní spojení se vznikem depresí (Abela et al., 2002).

Ames et al.(2014) se ve své studii snažili vyhodnotit proveditelnost MBCT u mladých lidí, kterým je poskytována psychoterapie a i přesto jim přetrvávají symptomy deprese. Cílem bylo zjistit účinnost v redukci depresivních symptomů díky MBCT. Výzkum byl proveden na skupině dospívajících ve věku 12-18 let. Celkem se však studie účastnilo pouze 11 dospívajících (10 dívek a 1 chlapec). Program probíhal po dobu 8 týdnů. Účinnost byla hodnocena na základě výsledků využitých dotazníků pro konkrétní hodnocené oblasti formou pre-test, post-test a follow up po jednom měsíci. Ve výsledcích studie bylo přihlíženo k malému výzkumnému vzorku. Velký efekt byl shledán v redukci symptomů deprese a obecně vlivu na ně. Střední efekt byl u ruminací, zlepšení kvality života a malý efekt u mindfulness. Zároveň zde byla absence kontrolní skupiny.

Další ze studií týkající se MBCT u dospívajících byla provedena v Indii a měla lehce odlišný design. Výzkumný soubor měl 30 respondentů, kteří byli diagnostikováni s depresí a sebevražednými sklony. 50 % bylo dívek, 50 % chlapců. Opět jim byla formou pretest – post test administrována řada dotazníků. Intervenční protokol pro mindfulness-based cognitive therapy byl postaven na doporučeních od Segala et al. (2002). Intervence probíhala po dobu 16 týdnů a obsahovala 12 sezení, přičemž první a poslední sezení bylo organizační. Deset zbylých sezení byly intervence, které probíhaly jednou týdně a trvaly zhruba 45-60 minut. První polovina programu zdůrazňovala upozorňování jednotlivců na jejich vnitřní zkušenosti s cílem pomoci realizovat jejich vlastní výzvy v tomto procesu. Ve druhé polovině byl kladen důraz na uplatňování mindfulness postupů všímavosti při řešení životních výzev. Zkoumanými proměnnými byla životní spokojenost, životní orientace, deprese a sebevražedné sklony. Výsledkem bylo zvýšení pocitu životní spokojenosti a orientace, a naopak snížení skóru v dotaznících pro depresi a sebevražedné jednání. Zkoumán byl i rozdíl mezi pohlavími, ale nebyl signifikantní. Souhrnně lze uvést, že díky snížení depresivních symptomů a sebevražedným tendencím vycházejících z post-testu, lze na MBCT u dospívajících na základě tohoto výzkumu koukat jako na efektivní (Raj et al., 2019).

Další výzkumná skupina navrhla pilotní MBCT intervenci určenou pro mladé osoby účastnící se léčby v Child and Adolescent Mental Health Service (CAMHS), kteří mají

dokončenou první linii léčby deprese a/nebo úzkostí a zároveň s tím navrhli paralelní intervenci pro jejich rodiče, čímž se odlišují od výše zmíněných studií. Cílem této studie bylo zhodnotit, zda je MBCT proveditelná a přijatelná pro mladé osoby, jejich rodiče a odborné pracovníky, kteří s nimi pracují. Zároveň se zjišťovalo, zda je paralelní kurz pro rodiče užitečným doplňkem k MBCT. Kurz pro rodiče vycházel z MBCT modelu pro dospělé. Posledním cílem bylo zjistit, zda byla účast v MBCT spojena se zlepšením klinických výsledků. Předpokladem pro efektivitu bylo, když bude MBCT spojena s redukcí ruminací a depresivních symptomů a zlepšením v mindfulness, včetně lepšího sebevědomí, které by dohromady vedly u mladých osob ke snížení rizika relapsu. Studie se ve finále zúčastnilo pouze 21 dospívajících ve věku 14-18 let. MBCT vycházelo stejně jako předchozí studie z MBCT pro dospělé od Segal et al. (2002) a bylo provedeno formou 8 sezení rozdělených na skupinu dospívajících a skupinu rodičů, které běžely paralelně. Program byl navržen tak, aby umožnil mladým lidem lépe si uvědomit tělesné pocity, myšlenky a pocity spojené s depresí a naučit se s nimi konstruktivněji pracovat. První půlka sezení pro dospívající byla zaměřená na vysvětlení, dále byla zaměřená na skupinová meditační cvičení. Po nich následovala diskuse v malých a velkých skupinách. Mezi sezeními byla účastníkům zadávána cvičení pro domácí přípravu. Druhá půlka sezení měla za cíl zvýšit povědomí mladých lidí o obvyklých vzorcích reagování a souvisejících úsudcích a chování, jakož i o vývoji nových způsobů, jak se stavět k myšlenkám a pocitům. Program pro skupinu rodičů probíhal na podobném principu, cílem však bylo pomoci rodičům s porozuměním a získáním nových dovedností pro rozpoznání negativních emocionálních stavů jejich dětí a jich samotných. Zároveň se snažili motivovat rodiče pro vystoupení ze svého navyknutého způsobu přemýšlení a chování u nich i jejich dětí. Na finálním sezení byli účastníci v obou skupinách vyzváni, aby se podrobili polostrukturovanému rozhovoru s cílem shromáždit údaje o zkušenostech z kurzu a o tom, jak by se kurz mohl zlepšit. Stejně jako v minulých studiích účastníci vyplňovali řadu dotazníků. Z hlediska vyhodnocení proveditelnosti a účinnosti vycházeli ve studii z účasti účastníků na sezeních a vzhledem k tomu, že 21 z 25 na začátku se účastnilo minimálně 6 z 8 sezení, podařilo se jim tento cíl potvrdit. Z rozhovorů vzešlo, že dospívající i rodiče byli se vzájemnou účastí v programu spokojeni, především kvůli získání pozitivních zkušeností, které je naučily novým schopnostem, ve kterých budou dále moci pokračovat. Dospívající i rodiče uváděli, že na konkrétní domácí přípravu byli příliš zaneprázdnění, ale to, co se naučili během sezení jim v běžném životě bylo užitečné. Odborníci zapojení do studie shledali MBCT jako užitečnou doplňkovou intervenci především pro mladé osoby s dlouhodobými příznaky depresivní poruchy a těmi, kteří trpí ruminacemi. Závěrem upozornili, že i tato studie operovala

s malým vzorkem bez kontrolní skupiny, což je zásadní limit studie pro ukotvení stanovených předpokladů. Nicméně i tato studie prokázala proveditelnost a užitečnost na zkoumaném vzorku (Racey et al., 2018).

6.3.2. Interpersonální psychoterapie

Laura Mufson byla se svými kolegy první, která adaptovala původní dospělou verzi interpersonální terapie pro populaci dospívajících s depresivní poruchou (Moreau et al., 1991; Mufson et al., 1993, 1994). Účinnost interpersonální terapie pro dospívající (IPT-A) byla zjištěna v několika klinických studiích akutní léčby (Mufson, 1999; Mufson, Dorta, Wickramaratne, et al., 2004; Rosselló & Bernal, 1999). IPT-A má vytvořený manuál pro léčbu, který je jasný a uživatelsky příjemný. Je organizován jako krok po kroku jdoucí popis terapeutických úkolů a zahrnuje klinické medailonky, které mají pomoci pochopit čtenáři zavedení IPT-A. Manuál také poskytuje stručný přehled o depresi dospívajících (včetně popisu diagnózy, hodnocení, klinického průběhu a jiných možností léčby), zároveň obsahuje údaje o účinnosti z klinických hodnocení prováděných pomocí IPT-A (Mufson, 2004; Mufson et al., 1993).

Pro účely dospívajících byla upravena na verzi IPT-A, která je vymezena věkovou hranicí 12-18 let a délkou trvání 12 týdnů. Vzhledem k tomu, že se jedná o léčbu dospívajících, jsou v první a poslední fázi do samotné terapie zahrnuti i rodiče pacienta. IPT-A je v průběhu vymezené doby rozdělena do 3 fází.

1. Fáze (1.-4. setkání)
2. Fáze (5.- 9. setkání)
3. Fáze (10.-12. setkání)

Při léčbě deprese u dospívajících si IPT-A kromě samotného snížení depresivních projevů klade za cíl, aby sami dospívající byli schopni své pocity rozpoznat a zároveň si uvědomit, jak určité situace mohou ovlivnit jejich náladu. Dalším z bodů je zdokonalení komunikačních dovedností a také těch, které pomohou při řešení problému. Důležitým bodem je posílení sociální obratnosti a s tím snížení stresu, který se v mezilidských interakcích tvoří (Reyes-Portillo, b.r.). IPT-A se zaměřuje na běžné vývojové problémy dospívajících. Spadá sem například odloučení od rodičů, vyhledávání autority u rodičů, vývoj dyadických mezilidských vztahů a prvotní zkušenosti s úmrtím příbuzného nebo kamaráda. Zároveň sem můžeme zařadit nátlak stran vrstevníků. Problémová může být také rodina, kde jeden z pečujících chybí (Mufson et al., 1993).

Verze ITP-A pro dospívající se od běžné verze ITP pro dospělé populaci liší ve třech základních bodech:

1. Délkou léčby, kdy je pro dospívající zkrácena z běžných 16-20 týdnů na 12 týdnů.
2. Zapojení rodičů do terapeutického procesu.
3. Změna konceptu nemocného s užším zaměřením.

Rodiče jsou do léčebného procesu zapojeni po celou dobu, mezi jednotlivými fázemi jsou rodiče vybaveni psychoedukačními materiály k bližšímu pochopení depresivní poruchy, nemocného i léčebných postupů. Rodiče jsou seznámeni s možnými následky onemocnění, jako například zhoršený školní prospěch či ztráta radosti z běžných, obvykle oblíbených, aktivit. Terapeut klade rodičům důležitý úkol být po dobu léčby pro své dítě maximální oporou (Brunstein-Klomek et al., 2007).

IPT-A splňuje čtyři základní podmínky, které umožňují jeho zařazení do účinných typů léčby:

1. Léčebná metoda vychází z odborné příručky (Mufson, 2004; Mufson et al., 1993)
2. Vzorové charakteristiky jsou podrobně popsány
3. Léčebná metoda byla testována randomizovanými klinickými studiemi (Mufson, 1999; Mufson, Dorta, Wickramaratne, et al., 2004)
4. Účinky léčebné metody ověřily alespoň dva výzkumné týmy (Kaslow & Thompson, 1998; Mufson, 1999; Rosselló & Bernal, 1999).

Původní verze IPT-A probíhala individuální formou. Následně byla vytvořena adaptace pro IPT-A ve skupinách, která začala být autory označována IPT-AG (Mufson, Dorta, Wickramaratne, et al., 2004; Rosselló et al., 2008).

Výhoda IPT-A spočívá v tom, že má terapeut možnost věnovat větší pozornost jednotlivým problémům, pozorněji sledovat pokrok klienta a přizpůsobovat vedení problematice přímo na míru pro klienta. Naproti tomu skupinový formát IPT-AG poskytuje mladým lidem příležitost uvědomit si, že nejsou v prožívání deprese sami, mohou se poučit ze zkušeností druhých, těžit ze vzájemné podpory a pozorovat a procvičovat mezilidské dovednosti a dovednosti při řešení problémů v průběhu sezení (Mufson, Dorta, Young, et al., 2004). Z hlediska finančních nákladů vynaložených za terapeuta na péči o klienta, je IPT-AG výhodnější, protože terapeut v jednu chvíli obstarává více klientů ve stejnou dobu (O'Shea et al., 2015). O'Shea, Spence a Donovan (2015) dále uvádí, že účinnost mezi IPT-A a IPT-AG

byla prověřena zatím jen jednou randomizovanou kontrolní studií, která ve výsledcích neshledala signifikantní rozdíl mezi danými metodami (Rosselló et al., 2008).

O'Shea et al. (2015) připravili vlastní studii, která měla za cíl v malém měřítku zjistit účinnost skupinové formy IPT v porovnání s individuální formou IPT u depresivních dospívajících. Výzkumu se zúčastnilo 39 dospívajících ve věku 13–19 let. Kritériem byla primární diagnóza MDD. Vylučujícími kritérii bylo:

- podstoupení psychologické nebo farmakologické léčby v posledním měsíci či v současné chvíli
- akutní sebevražedné úmysly či závažné myšlenky
- bipolární porucha
- chronické onemocnění v anamnéze
- psychóza
- významné vývojové opoždění.

Dospívající byli náhodně rozděleni do dvou skupin. Zkoumaná kritéria byla vyhodnocována na základě rozhovorů a dotazníků, které probíhaly v designu pre-test – post-test a follow-up po 12 měsících. V porovnání individuální a skupinové formy interpersonální terapie nebyly zjištěny významné rozdíly.

Návrh výzkumného projektu

7. Návrh výzkumu

Návrh výzkumného projektu opírám o výsledky výzkumu, který v zahraničí uvádí KBT a IPT jako nejúčinnější terapeutické metody pro léčbu depresivní poruchy v období dospívání (Barton et al., 2017; Thapar et al., 2012). Vzhledem k závažným následkům depresivní poruchy u dospívajících je velmi důležité zaměřit se na včasnou intervenci a co nejefektivnější způsob léčby (Weersing et al., 2017). Hlavním kritériem výběru je diagnostikovaná **Lehká depresivní fáze (F32.0)**. Ostatní stupně depresivní poruchy nebyly zahrnuty z hlediska řady dalších proměnných, které by do výzkumu přinášely, např. farmakoterapeutickou léčbu, různý nástup účinku psychofarmak atd.

Inspirací k mému návrhu výzkumného projektu byl podobný výzkum, který byl proveden na souboru portorikánských dospívajících, avšak s mírně odlišným výzkumným designem. Rozdíl oproti mému je ve využití více dotazníků a zahrnutí neaktivní kontrolní skupiny, která byla na čekací listině a nebyla intervenována žádným způsobem (farmakoterapií ani psychoterapií). Výzkum probíhal na menším vzorku s nižší silou testování (Rosselló & Bernal, 1999). Můj výzkum bude navržen pro větší výzkumný soubor, avšak s užším zaměřením oproti zmíněnému výzkumu.

Vzhledem k tomu, že doposud není v České republice psychoterapeutický výcvik pro interpersonální terapii dostupný, jedná se v rámci návrhu výzkumného projektu skutečně pouze o návrh, který není možné realizovat, dokud nebude interpersonální terapie aplikována i na území ČR. Vzhledem k zahraničním výzkumům prokazujícím její účinnost (Barton et al., 2017; Thapar et al., 2012) je zde šance, že se tento typ terapie začne používat i v ČR.

7.1. Výzkumný cíl

V rámci návrhu výzkumného projektu si kladu za cíl zmapovat efektivitu KBT v porovnání s IPT-A pro dospívající s depresivní poruchou, ve stupni lehká depresivní fáze F32.0, na území České republiky. Zároveň budu své závěry opírat o výsledky dotazníku CDI, který má stanovených pět subškál, ve kterých budu hledat, zda se pro některou ze subškál jeví některá z jednotlivých terapeutických metod efektivnější. Výsledky z výše popsanych cílů budou sloužit jako odpověď na předem stanovené výzkumné otázky.

Návrh výzkumného projektu může při úspěšných výsledcích přinést lepší deskripci využitých psychoterapeutických metod v léčbě depresivní poruchy u dospívajících či jednotlivých subškálách na území České republiky.

7.1.1. Výzkumné otázky

HVO: Jsou při léčbě depresivní poruchy u dospívajících nižší skóry v rámci CDI u jedné ze zvolených metod (KBT/IPT-A)?

VVO: Lze určit, že by na některou ze stanovených subškál CDI měla některá z metod (KBT/IPT-A) větší léčebný efekt?

7.2. Design výzkumného projektu

Návrh výzkumného projektu bude vytvořen kvantitativním designem. Analýza výsledků bude rozdělena na analýzu konfirmační a explorační. Více viz. kapitola Analýza dat.

První bude samotné porovnání efektivity dvou stanovených terapeutických metod KBT a IPT-A, kdy půjde o celkový skór ve výsledcích CDI po intervenci jednotlivou terapií. Výsledkem bude odpověď na HVO, zda je při léčbě depresivní poruchy u dospívajících nižší skóre CDI po absolvování léčby v u jedné ze zvolených metod (KBT/IPT-A). Druhá část bude pracovat s výsledky stanovených terapeutických metod KBT a IPT-A v souvislosti s jednotlivými subškálami vymezenými v rámci CDI a jejím výsledkem budou určité hypotézy, se kterými bude možné dále pracovat. To však již nebude náplní mnou stanoveného výzkumného projektu.

7.3. Výzkumný soubor

V rámci výzkumného projektu je nezbytné vymezit cílovou skupinu, a to především z hlediska věku, pohlaví a stupně závažnosti depresivní poruchy.

Věkové vymezení pro období dospívání je dle českých autorů 11-15 pro období prepuberty, 15-22 let pro období adolescence (Langmeier & Krejčířová, 2006). Dotazník CDI, který je světově nejužívanější, je vymezen věkem 7-17 let (Samm et al., 2008). Blíže je tedy věkové rozmezí 10-19 let, kterým adolescenty vymezuje světová zdravotnická organizace (WHO, 2019). Věk pro výběr výzkumného souboru bude upraven dle stanoveného věku pro dotazník CDI. Oslovovat tedy budu populaci dospívajících ve věku od 10-17let s diagnostikovanou depresivní poruchou ve stupni lehká depresivní fáze (F32.0), která byla určena ošetřujícím psychiatrem. Oslovena budou obě pohlaví.

Výběr respondentů bude probíhat kriteriálním nenáhodným výběrem. Potenciální respondenti s depresivní poruchou budou osloveni přes nemocniční či jiná odborná zařízení (soukromá terapeutická centra, kde je k dispozici i psychiatr, který určuje diagnózu), kde jim byla depresivní porucha diagnostikována, viz seznam pracovišť v následující části. Výzkumný projekt bude realizován na vzorku minimálně 100 osob, přičemž ideální by bylo získat soubor o velikosti 200 osob. Tento konkrétně stanovený počet jsem zjistila power analýzou, viz. kapitola Analýza dat. Účastníci s F32.0 budou spárováni dle věku (viz. níže) a pohlaví (tento design bude zohledněn již při samotném výběru účastníků). Výzkumný soubor následně bude v poměru 50:50 rozdělen náhodně do skupin A a B tak, aby účastníci ve dvojicích byli vždy vůči sobě v odlišné skupině.

7.4. Metody

Výzkumný projekt bude probíhat administrací dotazníku CDI před a po psychoterapeutické intervenci. K intervenci budou sloužit dvě vybrané psychoterapeutické metody, které jsou brány za nejefektivnější. Bude se jednat o KBT a IPT-A (Barton et al., 2017; Thapar et al., 2012). Pro doplnění informací o respondentech ve výzkumném souboru bude využit i dotazník mapující základní demografické údaje. Závažnost stupně deprese bude vycházet z obecného rozdělení na depresi lehkou, středně těžkou a těžkou, kterou tímto způsobem uvádí MKN, nicméně pro zjednodušení výzkumného projektu budu pracovat pouze s F32.0 – Lehká depresivní fáze (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky & Světová zdravotnická organizace, 2017).

7.4.1. Sebeposuzovací škála dětské depresivity (CDI)

CDI je standardizovaný dotazník, kteří měří míru depresivních symptomů u dětí a dospívajících ve věkovém rozpětí 7-17 let. Autorkou dotazníku je M. Kovacs. CDI je spolehlivá a dobře testovaná škála zaměřená na symptomy deprese u mladých osob. CDI lze využít jako součást komplexního diagnostického vyšetření. CDI je možné využít ve školách, v ambulantních/lůžkových klinikách, v pobytových léčebných zařízeních, ve speciálních vzdělávacích centrech, dětských poradenských zařízeních, na psychiatrii, u pediatra i v dalších klinických i neklinických zařízeních.

CDI je citlivé na detekci symptomů deprese v průběhu času, a proto je ideální k měření progresu v průběhu léčby. Díky této monitoraci lze zajistit kvalitní průběh léčby.

Administrace CDI je povolena poradcům, zdravotním sestřám, lékařům, psychologům, sociálním pracovníkům a ostatním kvalifikovaným profesionálům. K administraci CDI je potřeba kvalifikace na úrovni B.

V rámci CDI je výhodou především nízká časová náročnost administrace kolem patnácti minut v základní verzi a kolem deseti minut ve zkrácené verzi (dále jen CDI-S). CDI vychází z projevů deprese, kterými jsou:

- Narušená nálada (v orig. Disturbed Mood)
- Hedonická kapacita (v orig. Hedonic Capacity)
- Vegetativní funkce (v orig. Vegetative Functions)
- Sebehodnocení (v orig. Self-Evaluation)
- Mezilidské chování (Interpersonal Behaviors) (Kovacs, 1991).

Díky této metodě lze posoudit náladu v pěti subškálách:

- špatná nálada
- interpersonální potíže
- nevýkonnost
- anhedonie
- snížené sebehodnocení (Cvrčková, 2016).

7.4.2. Dotazník demografických údajů

Dotazník demografických údajů bude sloužit k základní popisné statistice výzkumného souboru. Dotazník bude u respondenta zjišťovat

- Pohlaví
- Věk
- Bydliště dle kraje
- Studium dle oboru

7.5. Realizace a průběh

Průběh návrhu výzkumného projektu bude spočívat v administraci dotazníku CDI spolu s dotazníkem demografických údajů všem respondentům před zahájením terapeutického programu, následně budou respondenti náhodně rozděleni do dvou skupin. První skupina A bude intervenována pomocí KBT, skupina B bude intervenována pomocí IPT-A. Po skončení terapeutického programu, který má předem stanovenou dobu trvání 12 týdnů bude všem respondentům znovu administrován dotazník CDI. Respondenti budou v průběhu realizace

výzkumu v domácím prostředí. Pouze na jednotlivé intervence budou docházet do stanovených zařízení. Doba trvání je inspirovaná dostupnými výzkumy (Brunstein-Klomek et al., 2007; Vitiello, 2010). Metodou pre-test – post-test budou získány potřebné informace k zodpovězení předem stanovených výzkumných otázek.

Oslovená skupina dospívajících s diagnostikovanou depresivní poruchou musí splňovat podmínku začátku léčby bez žádných dosavadních intervencí, tedy bez absolvované psychoterapie či farmakoterapie. Vzhledem k tomu, že by ve výzkumu byla farmakoterapie, která je u středně těžké a těžké deprese nutná, další proměnnou, budou do výzkumného souboru zahrnuti jedinci pouze s diagnostikovanou depresivní poruchou ve stupni F32.0 - Lehká depresivní fáze. V rámci výzkumného souboru budou náhodně vytvořeny dvě skupiny A a B, ve kterých budou ekvivalentní jedinci dle kritéria věku, pohlaví a stupně deprese, přičemž budeme pracovat pouze s „**F32.0 – Lehká depresivní fáze.** F32.1 – Středně těžká depresivní fáze a F32.2 - Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků“ do výzkumného souboru zahrnuti nebudou (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky & Světová zdravotnická organizace, 2017).

Lagmaier et al. (2006) vymezují vývojové období dospívání do dvou podskupin. První vymezují období pubescence věkem 11-15 let a druhé vymezují období adolescence věkem 15-22 let. Pro účely párování respondentů využijeme upravené verze období pubescence (10–15 let) i období adolescence (15–17 let) Věkové přizpůsobení vychází z věkové hranice určené dotazníkem CDI, který je pro návrh výzkumného projektu stěžejní.

Respondenti s diagnostikovanou depresivní poruchou budou osloveni skrze odborná pracoviště po celém území ČR, kde je možné pacientům depresivní poruchu diagnostikovat. Namátkou v případě tohoto výzkumného projektu půjde o psychiatrickou ambulanci pro děti a dospívající při fakultní nemocnici Motol, oddělení dětské psychiatrie při Thomayerově nemocnici, TH kliniku, oddělení dětské a adolescentní psychiatrie při krajské nemocnici Liberec a.s., Institut neuropsychiatrické péče (INEP), dětskou a dorostovou psychiatrickou ambulanci fakultní nemocnice Ostrava, ambulanci dětské psychiatrie a klinické psychologie při FN Brno, psychiatrickou ambulanci při dětské psychiatrické nemocnici Opařany. Dále budou oslovena další odborná pracoviště v ČR včetně terapeutických center či odborných praxí psychoterapeutů a psychiatrů zabývajících se depresivní poruchou u dospívajících.

Respondenti budou osloveni psychologem či psychiatrem pracujícím v daném pracovišti s nabídkou o podílení se na výzkumu, který bude mít název „Efektivita ověřených

psychoterapeutických metod pro léčbu depresivní poruchy u dospívajících“. Tento název plně odpovídá zkoumanému cíli, a vzhledem k tomu, že všichni respondenti budou v době zahájení výzkumu seznámeni se svou diagnózou, nejeví se jako nutné dávat výzkumu krycí název. Všichni pověřeni psychologové obdrží instrukce k administraci dotazníku CDI a zaváží se k jejich dodržování, aby byly zachovány stejné podmínky pro všechny respondenty. Součástí instrukcí bude i seznámení s informovaným souhlasem, včetně jeho písemného stvrzení všemi respondenty, kteří se do výzkumu zapojí a jejich zákonnými zástupci.

V každém zařízení, které se do výzkumu zapojí, budou provedeny oba typy terapeutických programů KBT či IPT-A dle standardních pravidel pro daný terapeutický program. V jednotlivých zařízeních bude vytvořena speciální psychoterapeutická komunita, kde se budou jednotlivé skupiny scházet. Pokud nebude tento typ programu proveditelný ve všech zařízeních, bude možné dospívající seznat do jednoho zařízení, které bude v akceptovatelné vzdálenosti dle místa jejich bydliště. Výše popsáný program bude prováděn formou stacionáře, kdy budou respondenti s diagnostikovanou depresivní poruchou do komunity pravidelně docházet, především i vzhledem k tomu, že u lehké depresivní fáze pacienti nejsou hospitalizováni.

Administraci dotazníku budou provádět psychoterapeuti, kteří budou do výzkumného projektu zapojeni a povedou i samotné psychoterapeutické intervence.

7.6. Analýza dat

Analýza dat bude rozdělena na explorativní a konfirmativní část. Důvodem tohoto rozdělení je zachování síly testování pro naši hlavní hypotézu vzhledem k tomu, že s korekcí na mnohočetné testování by nám vzrostly nároky na velikost vzorku (což by s ohledem na specifičnost vzorku mohlo být problematické), ale také s ohledem na to, že současná literatura prozatím nenaznačuje, že by byl rozdíl v některé ze subškál pravděpodobný (tedy vhodnějším přístupem se jeví explorace jako podklad pro případné další studie).

Nejdříve bude vytvořena proměnná rozdílů pre-testových a post-testových skóre. Následně budou v této proměnné skupiny A a B porovnávány s využitím párového t-testu. V explorativní analýze bude obdobně použita série párových t-testů pro jednotlivé subškály (opět porovnávající mezi sebou skupiny v proměnné rozdílů pre-testových a post-testových skóre). Jelikož je druhá část explorativní, nebude aplikována korekce na mnohočetné testování, poněvadž výsledkem jsou hypotézy pro každou ze subškál. Pro kontrolu předpokladu testování, tj. normality výběrového rozdělení rozdílů proměnných bude využito kvantilového grafu.

S ohledem na centrální limitní teorém nás mírná šikmost dat trápit nemusí, avšak pokud by se rozdělení dat výrazněji odchylovalo od normality, využila bych robustní ekvivalent metody.

K analýze velikosti vzorku byl použit program G*power. Jako síla efektu bylo zvoleno

$$d = 0,2$$

protože efekt samotné terapie na základě KBT se u dospívajících s depresivní poruchou pohybuje kolem 0,53 a nedá se zcela předpokládat, že by samotný rozdíl mezi metodami dosahoval rovněž střední síly. Zajímá nás tedy i nízká síla efektu (Klein et al., 2007). Požadovaná síla testování byla nastavena na klasických 0,8 (tj. 20% riziko chyby II. typu. Jako α bylo zvoleno 0,05.

7.7. Etika výzkumného projektu

V rámci celého výzkumného projektu budou především dodržovány základní etické principy vycházející z medicíny, tedy princip beneficence (konání dobra) a princip nonmaleficence (neškodit) (Zímová, 2019). Respondenti budou informováni o svých právech, která budou v rámci výzkumného projektu dodržována. Mezi tyto práva patří především dobrovolnost vstupu a s ní spojená možnost svou účast kdykoli ukončit či zpětně požádat o vyřazení z výzkumného souboru. Veškerá získaná data budou anonymní. Budou sloužit pouze pro potřeby výzkumného projektu. Přístup k výsledkům budou mít pouze osoby podílející se na zpracování výzkumného projektu. Data budou uchována bezpečně, se zamezením přístupu neoprávněných osob po předem stanovenou dobu. V souvislosti s dobou uchování dat by mohlo být zajímavé získaný výzkumný soubor respondentů ponechat k účelům pozdějšího srovnání v rámci longitudinální studie, případně jednorázové srovnání dat s odstupem několika let, aby se zjistila vzestupná, stagnující či sestupná tendence dané problematiky.

7.8. Limity výzkumného designu (Diskuse)

Vzhledem ke stanoveným výzkumným otázkám byly pro návrh výzkumného projektu zvoleny kvantitativní metody. Pro ověření výzkumné otázky v rámci kvantitativního projektu je důležité mít dostatečný počet respondentů. Právě nedostatečný počet respondentů lze zahrnout do limitů výzkumného designu hned z několika pohledů.

Zkreslení z důvodu nedostatečného množství respondentů může obecně bez dalších okolností způsobit aktuálně nedostatečný počet respondentů s diagnostikovanou depresivní poruchou ve stupni lehká depresivní fáze se stanovenou podmínkou začátku léčby.

Zároveň se může stát, že i přes dostatečné množství daných oslovených respondentů v populaci dospívajících s diagnostikovanou depresivní nebudou oslovení se zařazením do výzkumného souboru souhlasit.

Limitem může být na druhé straně zároveň i odmítnutí účasti ve výzkumu u oslovených psychiatrických a psychologických ambulancí a center.

Vzhledem k personální náročnosti administrace obou psychoterapeutických metod se můžeme setkat s odlišnými výsledky stejných terapeutických metod z důvodu individuálních odlišností terapeutů. Tím, že každý z terapeutů je vyškolen v daném směru, nelze aby jeden terapeut měl na starosti běh obou skupin. Vždy se tedy budeme potýkat s rizikem individuálních odlišností. Ani určený manuál k administraci dotazníku a průběhu terapie nemůže zaručit naprosto stejný průběh ve všech skupinách.

Jak již bylo popsáno v úvodu kapitoly návrhu výzkumného projektu, tak aktuálně na území ČR nejsou akreditovaní terapeuti pro IPT-A. Hlavním limitem návrhu výzkumného projektu je doba, za kterou by bylo možné výzkum realizovat.

Vzhledem k faktu, že jde pouze o návrh výzkumného projektu, jsem vytvořila návrh, který by v rámci případné realizace byl značně komplikovaný. Personálně, finančně a technicky. Realizace by vyžadovala volné prostory, kde by bylo možné terapeutický program po určitou vymezenou dobu realizovat tak, aby byly zajištěny vhodné podmínky pro terapeutu i respondenty. Pokud by nebyl dostatek prostor v zapojených zařízeních, musel by se prostor pronajmout, což by vyžadovalo značné finanční náklady. Po finanční stránce je nutné myslet i na honorář pro terapeutu, kteří program povedou. Je zde varianta, že by terapeuti výzkum provedli bez nároku na honorář, nebo že by pronajímatelé prostor poskytly prostory zdarma, což by finanční nákladnost celého výzkumu snížilo, nicméně je nutné počítat i s variantou, kdy bude nutné veškeré náklady uhradit. Pro pokrytí finančních nákladů by bylo možné požádat o grant. I v tuto chvíli by však byl potřeba další spolupracující člen týmu, který by návrh pro grantovou komisi připravil.

Proměnnou v rámci výzkumu může být i osobnost jednotlivých respondentů. Ne všichni respondenti budou stejně spolupracovat, budou si dobře rozumět s terapeutem. Spolu s tím budou roli hrát i sociální okolnosti, které respondenty v průběhu výzkumu ovlivní. Je nutno počítat s individuálními rozdíly.

Ve výzkumu není kontrolována efektivita intervence oproti placebo intervenci, jelikož se domnívám, že byla již dle zahraničních výzkumů prokázána (Brunstein-Klomek et al., 2007; Posner et al., 2007; Rosselló & Bernal, 1999). I tento fakt je však možné považovat za limit výzkumu, vzhledem k tomu, že se jedná o výzkum v jiné zemi, než byly realizovány ostatní výzkumy.

Za předpokladu budoucí úspěšné realizace výzkumného projektu by výsledky mohly přinést aktuální deskripci využitých terapeutických směrů pro léčbu depresivní poruchy ve fázi lehká depresivní porucha. Pokud by se zjistila konkrétní účinnost jednotlivých terapeutických směrů na konkrétní projevy depresivní poruchy, mohlo by to vést k efektivnější léčbě právě v počátcích depresivní poruchy. To by mohlo způsobit úbytek pacientů s depresivní poruchou ve vyšších stupních.

Využití pouze jednoho stupně deprese popíše efektivitu jednotlivých terapeutických směrů pouze omezeně, nebude možné výsledky využít obecně, nicméně by tento výzkum mohl být předjezdcem rozsáhlého výzkumu, který by pracoval se všemi stupni deprese. V této formě by byl výzkum již značně komplikovanější než v aktuální podobě vzhledem k tomu, že by proměnnou byla navíc hospitalizace v nemocničním zařízení a farmakologická léčba, která je vyšších stupňů deprese využívána (Hollon et al., 1991; Prescott & White, 2017).

Zároveň realizace výzkumu v této oblasti přispěje k obecné informovanosti o této problematice, která je v případě duševních onemocnění stále velmi důležitá, protože pomáhá v boji se stigmatizací duševních onemocnění.

Pokud by se výzkum osvědčil, mohl by být podkladem pro longitudinální studii, která by mapovala efekt z dlouhodobého hlediska. Longitudinální výzkum je u této věkové skupiny dobře proveditelný právě z hlediska nízkého věku respondentů.

Závěr

Cílem literárně přehledové části bylo vytvořit ucelený pohled na depresivní poruchu v období dospívání. Specifikovány byly všechny oblasti, ve kterých lze depresivní poruchu pozorovat. Práce zmapovala specifika v oblasti příčin, projevů, diagnostiky, důsledků a léčby depresivní poruchy u dospívajících. V oblasti léčby seznámila se dvěma psychoterapeutickými směry, které jsou z výsledků zahraničních studií považovány za nejúčinnější právě v léčbě depresivní poruchy u dospívajících. Základní informace o léčbě byly rozšířeny o nové metody, které jsou v zahraničí využívány jako doplněk k léčbě, který vychází z využívaných metod. Účinnost všech popsaných psychoterapeutických metod byla podložena zahraničními výzkumy a popisem jejich průběhu, které danou problematiku zkoumaly.

Návrh výzkumného projevu vycházel ze zahraniční studie, která se výzkumem postaveným na podobném designu zabývala. Vzhledem k tomu, že se jedná o návrh, mohla jsem si dovolit navrhnout výzkum, který v současné době není možné realizovat, vzhledem k tomu, že jedna z využitých psychoterapeutických metod nemá na rozdíl od zahraničí v České republice zatím svůj výcvik. Tím, že ale věřím v pokrok ve všech oblastech léčby, je zde šance, že design mého návrhu bude v dohledné době možné realizovat. Výzkum by při své realizaci umožnil lépe zmapovat účinnost jednotlivých terapeutických metod na depresivní poruchu v dospívání na území České republiky, což by mohlo být užitečné pro větší efektivitu léčby, která je vzhledem k možným důsledkům depresivní poruchy v dospívání, velmi důležitá.

Seznam zkratek

APA	American Psychological Association
CAMHS	Child and Adolescent Mental Health Service
CCBT	Computerised Cognitive Behavioural Therapy – Počítačová kognitivně behaviorální terapie
CDI	Children Depression Inventory – Sebeposuzovací škála dětské depresivity
CDI-S	Children Depression Inventory Short – Zkrácená verze sebeposuzovací škály dětské depresivity
DEP36	Dotazník emocionálního prožívání
DesTeen	The Depression Screener for Teenagers
DSM – IV / DSM – V	Diagnostický statistický manuál – 4. revize / 5. revize
IPT	Interpersonal Therapy – Interpersonální terapie
IPT-A	Interpersonal Therapy for Adolescence – Interpersonální terapie pro adolescence
IPT-AG	Interpersonal Therapy for Adolescence (group format) - Interpersonální terapie pro dospívající (skupinová forma)
KBT	Kognitivně behaviorální terapie
KUSIV3	die Kurzsкала Interpersonales Vertrauen
MBCT	Mindfulness – based cognitive therapy
MDD	Major Depressive Disorder – Velká depresivní epizoda
MI	Motivational Interviewing – Motivační pohovory
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
RCPR	A low rate of response-contingent positive reinforcement
SMDS	Social Media Disorder Scale
SSRIs	Selective Serotonin Reuptake Inhibitors – Antidepressiva ze skupiny zpětného vychytávání serotoninu
TADS	The Treatment for Adolescents with Depression Study

Seznam použité literatury

- Abela, J. R. Z., Brozina, K., & Haigh, E. P. (2002). An Examination of the Response Styles Theory of Depression in Third-and Seventh-Grade Children: A Short-Term Longitudinal Study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(5), 515–527.
- Abela, J. R. Z., & Hankin, B. L. (Ed.). (2008). *Handbook of depression in children and adolescents*. Guilford Press.
- Abeles, P., Verduyn, C., Robinson, A., Smith, P., Yule, W., & Proudfoot, J. (2009). Computerized CBT for Adolescent Depression (“Stressbusters”) and its Initial Evaluation Through an Extended Case Series. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(2), 151–165. <https://doi.org/10.1017/S1352465808005067>
- American Psychological Association (Washington, District of Columbia) (Ed.). (2019). *Publication manual of the american psychological association* (Seventh edition). American Psychological Association.
- Ames, C. S., Richardson, J., Payne, S., Smith, P., & Leigh, E. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for depression in adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(1), 74–78. <https://doi.org/10.1111/camh.12034>
- Andrews, P. W., & Thomson, J. A. (2009). The bright side of being blue: Depression as an adaptation for analyzing complex problems. *Psychological Review*, 116(3), 620–654. <https://doi.org/10.1037/a0016242>
- Arkowitz, H., Miller, W. R., & Rollnick, S. (Ed.). (2015). *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems* (Second edition). The Guilford Press.
- Bailey, V. (2001). Cognitive–behavioural therapies for children and adolescents. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7(3), 224–232. <https://doi.org/10.1192/apt.7.3.224>

- Barton, S., Armstrong, P., Wicks, L., Freeman, E., & Meyer, T. D. (2017). Treating complex depression with cognitive behavioural therapy. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 10(17), 1–15. <https://doi.org/10.1017/S1754470X17000149>
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Harper & Row.
- Beck, A. T., & Rush, A. J. (Ed.). (1979). *Cognitive therapy of depression* (13. print). Guilford Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. Guilford Press.
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., & Garaigordobil, M. (2019). Child and Adolescent Depression: A Review of Theories, Evaluation Instruments, Prevention Programs, and Treatments. *Frontiers in Psychology*, 10, 1–24. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00543>
- Birmaher, B., & Brent, D. (2007). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1503–1526. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318145ae1c>
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., Perel, J., & Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(11), 1427–1439.
- Birmaher, B., Williamson, D. E., Dahl, R. E., Axelson, D. A., Kaufman, J., Dorn, L., & Ryan, N. D. (2004). Clinical Presentation and Course of Depression in Youth: Does Onset in Childhood Differ From Onset in Adolescence? *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(1), 63–70.
- Blom, E. H., Forsman, M., Yang, T. T., Serlachius, E., & Larsson, J.-O. (2014). Latent Classes of Symptoms related to Clinically Depressed Mood in Adolescents. *Scandinavian*

- Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 2(1), 19–28.
<https://doi.org/10.21307/sjcapp-2014-004>
- Bowlby, J., & Bowlby, J. (1973). *Separation: Anxiety and anger* (Reprint). Basic Books.
- Bragado, C., & Bersabé, R. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11(4), 939–956.
- Brent, D., Greenhill, L., Compton, S., Emslie, G., Walkup, J., Vitiello, B., Bukstein, O., Posner, K., Kennard, B., Cwik, M., Wagner, A., Coffey, B., March, J., Riddle, M., Goldstein, T., Barnett, S., Capasso, L., Zelazny, J., Hughes, J., ... Turner, J. B. (2010). The Treatment of Adolescent Suicide Attempters (TASA) Study: Predictors of Suicidal Events in an Open Treatment Trial. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(10), 987–996.
- Briere, J. N., & Elliott, D. M. (1994). Immediate and Long-Term Impacts of Child Sexual Abuse. *The Future of Children*, 4(2), 54–69. <https://doi.org/10.2307/1602523>
- Brody, A. E. (2009). Motivational interviewing with a depressed adolescent. *Journal of Clinical Psychology*, 65(11), 1168–1179. <https://doi.org/10.1002/jclp.20636>
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Smailes, E. M. (1999). Childhood Abuse and Neglect: Specificity of Effects on Adolescent and Young Adult Depression and Suicidality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1490–1496. <https://doi.org/10.1097/00004583-199912000-00009>
- Brunstein-Klomek, A., Zalsman, G., & Mufson, L. (2007). Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents (IPT-A). *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 44(1), 40–46.
- Burns, D. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: A structural equation model. *Journal of*

- Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 441–449. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.3.441>
- Carr-Gregg, M. (2012). *Psychické problémy v dospívání*. Portál.
- Cisler, J. M., Begle, A. M., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Danielson, C. K., Saunders, B. E., & Kilpatrick, D. G. (2012). Exposure to interpersonal violence and risk for PTSD, depression, delinquency, and binge drinking among adolescents: Data from the NSA-R. *Journal of Traumatic Stress*, 25(1), 33–40. <https://doi.org/10.1002/jts.21672>
- Clayborne, Z. M., Varin, M., & Colman, I. (2019). Systematic Review and Meta-Analysis: Adolescent Depression and Long-Term Psychosocial Outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(1), 72–79. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.896>
- Compton, S., March, J. S., Brent, D., Albano, A. M., Weersing, V. R., & Curry, J. (2004). Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: An evidence-based medicine review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(8), 930–959.
- Costello, E. J., & Maughan, B. (2015). Annual Research Review: Optimal outcomes of child and adolescent mental illness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 324–341. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12371>
- Cvrčková, A. (2016). Sebeposuzovací škála depresivity pro děti: Recenze metody. *TESTFÓRUM*, 5(8), 1–5. <https://doi.org/10.5817/TF2016-8-128>
- Donker, T., Griffiths, K. M., Cuijpers, P., & Christensen, H. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: A meta-analysis. *BMC Medicine*, 7(1), 70–79. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-7-79>
- Duncan, R. D., Saunders, B. E., Kilpatrick, D. G., Hanson, R. F., & Resnick, H. S. (1996). Childhood physical assault as a risk factor for PTSD, depression, and substance abuse:

- Findings from a national survey. *The American journal of Orthopsychiatry*, 1996(66), 437–448.
- Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch*.
- Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (1999). Prospective Childhood Predictors of Deviant Peer Affiliations in Adolescence. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(4), 581–592.
- Fergusson, D. M., & Woodward, L. J. (2002). Mental Health, Educational, and Social Role Outcomes of Adolescents With Depression. *Archives of General Psychiatry*, 59(3), 225–231. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.3.225>
- Garber, J. (2006). Depression in Children and Adolescents: Linking Risk Research and Prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(6), 104–125.
- Gega, L., Marks, I., & Mataix-Cols, D. (2004). Computer-Aided CBT Self-Help for Anxiety and Depressive Disorders: Experience of a London Clinic and Future Directions. *Journal of Clinical Psychology*, 60(2), 147–157.
- Geller, B., Zimmerman, B., Williams, M., Bolhofner, K., & Craney, J. L. (2001). Adult Psychosocial Outcome of Prepubertal Major Depressive Disorder. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(6), 673–677.
- Goetz, M. (2005). Deprese u dětí a adolescentů. *Pediatric pro praxi*, 271–274.
- Goodyer, I. M., Herbert, J., Tamplin, A., & Altham, P. M. E. (2000). First-episode major depression in adolescents: Affective, cognitive and endocrine characteristics of risk status and predictors of onset. *British Journal of Psychiatry*, 176(2), 142–149. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.2.142>
- Goodyer, I. M., & Wilkinson, P. O. (2019). Practitioner Review: Therapeutics of unipolar major depressions in adolescents. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(3), 232–243.

- Gould, M. S., King, R., Greenwald, S., Fisher, P., Schwab-Stone, M., Kramer, R., Flisher, A. J., Goodman, S., Canino, G., & Shaffer, D. (1998). Psychopathology Associated With Suicidal Ideation and Attempts Among Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(9), 915–923.
- Hammad, T. A., Laughren, T., & Racoosin, J. (2006). Suicidality in Pediatric Patients Treated With Antidepressant Drugs. *Archives Of General Psychiatry*, 63(3), 332–339.
- Hammen, C. (1992). Cognitive, life stress, and interpersonal approaches to a developmental psychopathology model of depression. *Development and Psychopathology*, 4(1), 189–206.
- Harrington, R. (2001). Depression, suicide and deliberate self-harm in adolescence. *British Medical Bulletin*, 57(1), 47–60. <https://doi.org/10.1093/bmb/57.1.47>
- Hawton, K. (Ed.). (1989). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford University Press.
- Hetrick, S. E., McKenzie, J. E., Cox, G. R., Simmons, M. B., & Merry, S. N. (2012). Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004851.pub3>
- Hollon, S. D., Shelton, R. C., & Loosen, P. T. (1991). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 88–99.
- Hopkins, B., Geangu, E., & Linkenauer, S. (2018). *The Cambridge encyclopedia of child development*. <http://0-search.credoreference.com.emu.londonmet.ac.uk/content/title/cupchilddev?institutionId=5061>
- Hort, V. (2008). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Portál.

- Hosák, L. (2016). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*.
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/concordiaab-ebooks/detail.action?docID=4395903>
- Huggins, L., Davis, M. C., Rooney, R., & Kane, R. (2008). Socially Prescribed and Self-Oriented Perfectionism as Predictors of Depressive Diagnosis in Preadolescents. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 18(2), 182–194.
<https://doi.org/10.1375/ajgc.18.2.182>
- Hyunh-Nhu Le, & Boyd, R. C. (2006). Prevention of Major Depression: Early Detection and Early Intervention in the general population. *Clinical Neuropsychiatry*, 3(1), 6–22.
- Janoušková, M., Weissová, A., Tušková, E., Šouláková, B., Mladá, K., Pasz, J., Chrtková, D., Růžicková, T., & Winkler, P. (2016). *Stigmatizace v České republice [Výzkumná zpráva]*. NÚDZ: Praha.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness* (Delta trade pbk. reissue). Delacorte.
- Kaminski, K. M., & Garber, J. (2002). Depressive spectrum disorders in high-risk adolescents: Episode duration and predictors of time to recovery. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(4), 410–418.
- Kaplan, S. J., Pelcovitz, D., Salzinger, S., Mandel, F., & Weiner, M. (1997). Adolescent Physical Abuse and Suicide Attempts. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(6), 799–808. <https://doi.org/10.1097/00004583-199706000-00017>
- Kaslow, N. J., & Thompson, M. P. (1998). Applying the criteria for empirically supported treatments to studies of psychosocial interventions for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(2), 146–155.

- Kaufman, J. (1991). Depressive Disorders in Maltreated Children. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(2), 257–265.
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., Graaf, R. D., Gasquet, I., Girolamo, G. D., Gluzman, S., Gureje, O., Haro, J. M., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Medina, M. E., Browne, M. A. O., Posada-Villa, J., Stein, D. J., Tsang, C. H. A., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., ... Üstün, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 9.
- Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., & Smith, D. W. (2003). Youth Victimization: Prevalence and Implications. *NIJ Research in Brief*, 1–14.
- Klein, J. B., Jacobs, R. H., & Reinecke, M. A. (2007). Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Depression: A Meta-Analytic Investigation of Changes in Effect-Size Estimates. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1403–1413. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3180592aaa>
- Korczak, D. J., & Goldstein, B. I. (2009). Childhood Onset Major Depressive Disorder: Course of Illness and Psychiatric Comorbidity in a Community Sample. *The Journal of Pediatrics*, 155(1), 118–123.
- Kovacs, M. (1991). Children's Depression Inventory. *Special Education*, 3.
- Kovacs, M., Obrosky, D. S., & Sherrill, J. (2003). Developmental changes in the phenomenology of depression in girls compared to boys from childhood onward. *Journal of affective disorders*, 74(1), 33–48.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Grada.
- Lewinsohn, P. M., Petit, J. W., Joiner, T. E., & Seeley, J. R. (2003). The symptomatic expression of major depressive disorder in adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(2), 244–252. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.112.2.244>

- Low, N. C., Dugas, E., O'Loughlin, E., Rodriguez, D., Contreras, G., Chaiton, M., & O'Loughlin, J. (2012). Common stressful life events and difficulties are associated with mental health symptoms and substance use in young adolescents. *BMC Psychiatry*, 12(1), 116. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-116>
- Malá, E. (2000). Deprese (F32). In *Dětská a adolescentní psychiatrie* (s. 189–210). Portál.
- Moreau, D., Mufson, L., Weissman, M. M., & Klerman, D. (1991). Interpersonal psychotherapy for adolescent depression: Description of modification and preliminary application. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 642–651.
- Moreh, S., & O'Lawrence, H. (2016). Common Risk Factors associated with adolescent and young adult depression. *Journal of Health and Human Services Administration*, 39(2), 283–310.
- Mufson, L. (1999). Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 56(6), 573–579. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.6.573>
- Mufson, Laura (Ed.). (2004). *Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents* (2nd ed). The Guilford Press.
- Mufson, Laura, Dorta, K. P., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Olfson, M., & Weissman, M. M. (2004). A Randomized Effectiveness Trial of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 61(6), 577. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.6.577>
- Mufson, Laura, Dorta, K. P., Young, J. F., & Gallagher, T. (2004). A Group Adaptation of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents. *American Journal of Psychotherapy*, 58(2), 220–237. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2004.58.2.220>

- Mufson, Laura, Moreau, D., Weissman, M. M., & Klerman, D. (1993). *Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents*. Guilford Press.
- Mufson, Laura, Moreau, D., Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Martin, J., & Samoilov, A. (1994). Modification of Interpersonal Psychotherapy with Depressed Adolescents (IPT-A): Phase I and II Studies. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(5), 695–705.
- Mullen, S. (2018). Major depressive disorder in children and adolescents. *Mental Health Clinician*, 8(6), 275–283. <https://doi.org/10.9740/mhc.2018.11.275>
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569–582.
- Orel, M. (2012). *Psychopatologie*. Grada.
- O’Shea, G., Spence, S. H., & Donovan, C. L. (2015). Group versus Individual Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(1), 1–19. <https://doi.org/10.1017/S1352465814000216>
- Park, R. J., & Goodyer, I. M. (2000). Clinical guidelines for depressive disorders in childhood and adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9(3), 147–161. <https://doi.org/10.1007/s007870070038>
- Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1032–1040.
- Posner, K., March, J., Silva, S., Petrycki, S., Curry, J., Wells, K., Fairbank, J., Burns, B., Domino, M., McNulty, S., Vitiello, B., Severe, J., Casat, C., Kolker, J., Riedal, K., Feeny, N., Findling, R., Stull, S., Baab, S., & Rochon, J. (2007). The Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS): Long-term Effectiveness and Safety Outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 4, 1132–1144.

- Prescott, D., & White, N. D. (2017). When Is Pharmacotherapy Initiation Beneficial in Patients With Depressive Disorders? *American Journal of Lifestyle Medicine*, 11(3), 220–222. <https://doi.org/10.1177/1559827616686051>
- Racey, D. N., Fox, J., Berry, V. L., Blockley, K. V., Longridge, R. A., Simmons, J. L., Janssens, A., Kuyken, W., & Ford, T. J. (2018). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Young People and Their Carers: A Mixed-Method Feasibility Study. *Mindfulness*, 9(4), 1063–1075. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0842-7>
- Raj, S., Sachdeva, S. A., Jha, R., Sharad, S., Singh, T., Arya, Y. K., & Verma, S. K. (2019). Effectiveness of mindfulness based cognitive behavior therapy on life satisfaction, and life orientation of adolescents with depression and suicidal ideation. *Asian Journal of Psychiatry*, 39, 58–62. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.12.001>
- Rao, U., Ryan, N. D., Birmaher, B., Dahl, R. E., Williamson, D. E., Kaufman, J., Rao, R., & Nelson, B. (1995). Unipolar depression in adolescents: Clinical outcome in adulthood. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(5), 566–578.
- Reyes-Portillo, J. (b.r.). *About Interpersonal Psychotherapy for Adolescents (IPT-A) | Columbia University | Child Psychiatry*. Získáno 12. leden 2020, z <https://childadolescentpsych.cumc.columbia.edu/articles/interpersonal-therapy-adolescents-ipta>
- Rivera, C. L., Bernal, G., & Rosselló, J. (2005). The Children Depression Inventory (CDI) and the Beck Depression Inventory (BDI): Their validity as screening measures for major depression in a group of Puerto Rican adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 485–498.
- Rosselló, J., & Bernal, G. (1999). The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 734–745. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.5.734>

- Rosselló, J., Bernal, G., & Rivera-Medina, C. (2008). Individual and group CBT and IPT for Puerto Rican adolescents with depressive symptoms. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 14*(3), 234–245. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.14.3.234>
- Říčan, P., & Krejčířová, D. (2006). *Dětská klinická psychologie*. Grada.
- Samm, A., Värnik, A., Tooding, L.-M., Sisask, M., Kõlves, K., & von Knorring, A.-L. (2008). Children's Depression Inventory in Estonia: Single items and factor structure by age and gender. *European Child & Adolescent Psychiatry, 17*(3), 162–170. <https://doi.org/10.1007/s00787-007-0650-z>
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. Guilford Press.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M., & Flory, M. (1996). Psychiatric Diagnosis in Child and Adolescent Suicide. *Archives Of General Psychiatry, 53*, 339–348.
- Singh, N., & Reece, J. (2014). Psychotherapy, Pharmacotherapy, and Their Combination for Adolescents with Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis. *The Australian Educational and Developmental Psychologist, 31*(1), 47–65. <https://doi.org/10.1017/edp.2013.20>
- Stasiak, K., Fleming, T., Lucassen, M. F. G., Shepherd, M. J., Whittaker, R., & Merry, S. N. (2016). Computer-Based and Online Therapy for Depression and Anxiety in Children and Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 26*(3), 235–245. <https://doi.org/10.1089/cap.2015.0029>
- Strober, M., Lampert, C., Schmidt, S., & Morrell, W. (1993). The Course of Major Depressive Disorder in Adolescents: I. Recovery and Risk of Manic Switching in a Follow-up of Psychotic and Nonpsychotic Subtypes. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 31*(1), 34–42.

- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615–623. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.615>
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet*, 379(9820), 1056–1067. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60871-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60871-4)
- Uhlíková, Mud. P. (2012). Diferenciální diagnostika u psychických poruch v adolescenci – kdy odeslat adolescenta do psychiatrické ambulance? *Pediatric pro praxi*, 13(6), 369–371.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, & Světová zdravotnická organizace. (2017). *MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018*.
- Vitiello, B. (2010). *Combined Cognitive-Behavioral Therapy and Pharmacotherapy for Adolescent Depression: Does it Improve Outcomes Compared with Monotherapy?* 14.
- Wartberg, L., Kriston, L., & Thomasius, R. (2018). Depressive symptoms in adolescents. *Deutsches Aerzteblatt Online*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0549>
- Wasserman, D., Cheng, Q., & Jiang, G.-X. (2005). Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry*, 7.
- Weersing, V. R., Jeffreys, M., Do, M.-C. T., Schwartz, K. T. G., & Bolano, C. (2017). Evidence Base Update of Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(1), 11–43. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1220310>
- Weersing, V. R., Rozenman, M., & Gonzalez, A. (2009). Core Components of Therapy in Youth: Do We Know what to Disseminate? *Behavior Modification*, 33(1), 24–47. <https://doi.org/10.1177/0145445508322629>

- WHO. (2019, říjen 23). *Adolescent mental health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Dubicka, B., & Goodyer, I. (2011). Clinical and Psychosocial Predictors of Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *American Journal of Psychiatry*, 168(5), 495–501. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10050718>
- Williams, J. M. G., & Kuyken, W. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy: A promising new approach to preventing depressive relapse. *British Journal of Psychiatry*, 200(5), 359–360. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.104745>
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Kabat-Zinn, J., & Těšnovská, L. (2018). *Duchovní léčba deprese pomocí všímavosti: Jak se osvobodit od chronických pocitů neštěstí*.
- Wolkowitz, O. M., Reus, V. I., & Mellon, S. H. (2011). Of sound mind and body: Depression, disease, and accelerated aging. *Translational Research*, 13(1), 15.
- Wood, A., Harrington, R., & Moore, A. (2009). Controlled trial of a brief cognitive behavioural intervention in adolescent patients with depressive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 737–746.
- Wright, B., Tindall, L., Littlewood, E., Allgar, V., Abeles, P., Trépel, D., & Ali, S. (2017). Computerised cognitive-behavioural therapy for depression in adolescents: Feasibility results and 4-month outcomes of a UK randomised controlled trial. *BMJ Open*, 7(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012834>
- Zimová, M. P. (2019). Principy lékařské etiky (1. Část). *Journal of medical law and bioethics*, 2(1).
- Zvolský, P., & Raboch, J. (2001). *Psychiatrie*. Galén : Karolinum.

Příloha I.

Dotazník demografických údajů

1. Věk:

2. Pohlaví

- a. Muž
- b. Žena

3. Studium

- a. ZŠ
- b. Střední odborné učiliště
- c. Střední škola s maturitou
- d. Gymnázium
- e. Jiné

4. Bydliště (dle kraje)

- | | |
|---------------------|-------------------------|
| a. Hl. m. Praha | h. Královehradecký kraj |
| b. Středočeský kraj | i. Pardubický kraj |
| c. Jihočeský kraj | j. Kraj Vysočina |
| d. Plzeňský kraj | k. Jihomoravský kraj |
| e. Karlovarský kraj | l. Olomoucký kraj |
| f. Ústecký kraj | m. Moravskoslezský kraj |
| g. Liberecký kraj | n. Zlínský kraj |